Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Narrativas profissionais em saúde mental presentes em casos
de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas (MSE)

Isabella Teixeira Bastos

Tese apresentada ao Programa de Saúde
Pública para obtenção do título de Doutor em
Ciências.

Área de concentração: Saúde, Ciclos de Vida e
Sociedade.

Orientador Prof. Dr. Aberto Olavo Advíncula
Reis

São Paulo

2017

Narrativas profissionais em saúde mental presentes em casos de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas (MSE).

Isabella Teixeira Bastos

Tese apresentada ao Programa de Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientador Prof. Dr. Aberto Advíncula Reis

Versão revisada

São Paulo

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dedico essa Tese a uma amiga e pessoa especial que se foi desse mundo chato no ano de 2016 para desfilarmos sua ironia na dose certa, seu despojo, alegria e senso de humor marcante em outras estações. Ela que me encorajava e corrigia com classe e ternura quando escorregava da minha boca algum vocábulo cortante para definir o desafio de ser mulher no mundo; ela que fazia previsões astrológicas e antropológicas; ela feminista; ela mãe zelosa; ela que fazia piadas e defendia meu (nosso) jeito particular de escrever e que será sempre lembrada.

Que essa tese seja, não só, mais um dos desafios de vida cumpridos, mas que sirva de inspiração para outras pessoas produzirem dúvidas, recaminhos alegres ou tristes e boas histórias de produção de vida como eu e minha amiga costumávamos fazer.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos as pessoas que mesmo sem perceber contribuíram para a realização desse trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPQ – pelo apoio financeiro.

Ao meu orientador, Alberto Advíncula Reis que dedicou sua produção acadêmica à saúde mental da infância e adolescência e aceitou essa paraense no Laboratório de Saúde Mental Coletiva da Faculdade de Saúde Pública - LASAMEC - a fim de pensar e produzir coisas na área, sendo esta tese uma segunda parceria de trabalho.

Aos queridos colegas de LASAMEC e da Pós-Graduação na Faculdade de Saúde Pública que acolheram minhas dúvidas e angústias e enriqueceram meu trabalho de outras questões inquietantes e desafiadoras.

À hoje Secretária de Assistência Social do município de Osasco, à ocasião desse estudo, Diretora de Proteção Social Especial da Secretaria de Assistência Social do Município de Osasco, que com coragem e desprendimento acolheu esse estudo e o desafio de se tornar visível nas lentes de um estudo científico.

À coordenadora e aos profissionais do Centro de Referência Especializado em Assistência Social – CREAS - os quais trabalhavam com medidas socioeducativas e me receberam no seu ambiente de trabalho com carinho e respeito, doando-se em processos significativos de encontros e desencontros com essa pesquisadora.

Ao juiz da Vara da Infância e Juventude de Osasco, que me auxiliou a compreender a tramitação e o cotidiano do serviço de medida socioeducativa desse município e me apresentou a Diretora de Proteção Social Especial onde o estudo foi iniciado.

À coordenadora e aos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas do Município de Osasco – CAPS AD – que também me ofereceram chão fértil para que o trabalho que realizam fosse explicitado nas lentes dessa pesquisa.

À coordenadora e oficineiro do CRAS Piratininga, que gentilmente contribuíram para a realização desse trabalho doando o olhar e sendo vistos enquanto parte do traço que essa pesquisadora seguiu.

Aos familiares que entenderam os momentos em que pude estar perto fisicamente e outros em que me mantive enclausurada em casa para escrever, absorta em minhas divagações, estranhamentos, estagnações e movimentos de produção.

As queridas amigas Fernanda Lobo e Carmen Érica Gonçalves que mesmo distantes fisicamente nunca deixaram de acompanhar os bastidores e, às vezes, as cenas “em ato” do meu doutorado na Faculdade de Saúde Pública.

À minha amiga Simone Lobato nova garantista do pedaço, por osmose e amor, que me presenteou com as divagações de sua parceira nesse trabalho.

As amigas Karen Namie Sakata So e Natalia Aika Horie que sempre ofereceram acolhida em São Paulo, onde nos últimos momentos, fiz clausura itinerante entre a Baixada Santista e a casa de uma delas para finalizar a tese.

BASTOS, I. T. Narrativas profissionais em saúde mental presentes em casos de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas (MSE). 2017. Tese - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2017.

RESUMO

Introdução – O conceito de adolescência, enquanto preparação para a fase adulta, esteve historicamente subjugado a um processo de criminalização, em particular para adolescentes pobres e tutelamento de condutas para outros adolescentes. A psicologia, a antropologia, a pediatria e a psiquiatria, entre outras disciplinas, estiveram presentes nesse processo e, posteriormente, na sua crítica. A construção de uma rede de cuidados em saúde mental que atendesse essa população sob outra perspectiva é ainda hoje palco de uma vinculação produtora de ambiguidades, cuidados e descuidados. **Objetivo** – Analisar as demandas em saúde mental e as práticas institucionais e clínicas geradas nos serviços voltados aos adolescentes cumprindo medidas socioeducativas (MSE). **Métodos** – Foram analisados os discursos e ações em saúde mental (SM) arrolados nos projetos individuais de acompanhamento de adolescentes cumprindo MSE em dois casos de adolescentes com demandas relacionadas à SM. Realizaram-se dezesseis sessões de GD e duas entrevistas no Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS); uma sessão de GD e cinco entrevistas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); uma entrevista no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e uma entrevista com a coordenadora de SM do município. Seguindo a estratégia qualitativa compôs-se uma cartografia dos caminhos visitados utilizando os conceitos de território, rizoma, desejo e intercessores (Deleuze). **Resultados** – No CREAS foi destacada a demanda relacionada ao uso de drogas e um caso de psicose. Além de outras demandas de sofrimento psíquico relacionadas a categorias delineadas pela pesquisadora como: mentalidade sofredora coletiva, ser ‘filho da rede’, processos de vulnerabilidade, preconceito, violência e violação de direitos. A saúde mental apareceu frequentemente como categoria indefinida de cuidado, em que alguns profissionais declararam que não a atendiam, tão somente encaminhavam-na para outros equipamentos da rede de SM. Evidenciou-se a existência de dificuldade e ambiguidade na vinculação do adolescente aos serviços de cumprimento de MSE. Identificou-se no CRAS, um discurso voltado a estratégias de enfrentamento e de resiliência face às situações de vulnerabilidade por parte dos adolescentes. Todavia, esse trabalho é descontinuado diante da desinternação do adolescente e quebra do vínculo de obrigatoriedade. O CAPS AD apareceu como produtor de rede e de cuidado potente em um dos casos atendidos, mas, no outro caso, como instância de cuidado coadjuvante, no seguimento do processo de desinternação do adolescente, incluindo o suporte ao não cometimento futuro de ato infracional e à recaída no uso de drogas. **Conclusão** – As práticas de cuidado envolvendo o sofrimento psíquico dos adolescentes estão amiúde capturadas pelas questões relacionadas com a compulsoriedade e pelos motivos que levaram o adolescente a essas instituições. Verifica-se igualmente um engessamento do processo de monitoramento no cumprimento das MSE. Esse conjunto de situações dificulta o estabelecimento de relações de real cuidado exigido pelo trabalho em saúde mental enviesando até mesmo a própria ideia dele. As práticas de trabalho articuladas entre os diferentes equipamentos sociais (CREAS, CAPS, CRAS), em um dos casos, mostraram-se capaz de construir potência na vida dos adolescentes. Para isso, far-se-ia necessário construir projetos de aproximação em rede. Entende-se aí que tal cuidado em rede só se mostra efetivo na vinculação do adolescente a uma proposta antecipatória, protetiva e de continuidade não atrelada à questão da compulsoriedade ou a algum vício de origem. Faz necessário o entendimento da dinâmica dos conflitos sociais que permeiam a vida desses adolescentes e podem, sob certas condições, funcionar como alavanca para fazê-los reincidir no ato infracional.

Descritores: Saúde mental; discursos e práticas; ato infracional; medidas socioeducativas; adolescentes.

BASTOS, I. T. Narratives of professionals about demands on mental health, institutional practices and clinics generated in services aimed at adolescents fulfilling socio-educational measures (MSE). 2017. Doctoral thesis. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Portuguese.

ABSTRACT

Introduction - The concept of adolescence, as a preparation for adulthood, has historically been subjected to a process of criminalization, particularly for poor adolescents and the provision of conduits for other adolescents. Psychology, anthropology, pediatrics, and psychiatry, among other disciplines, were present in this process and later in its criticism. The construction of a network of mental health care that would serve this population from another perspective is still the scene of a relationship that produces ambiguities, cares and carelessness. **Objective** - To analyze the demands on mental health and the institutional and clinical practices generated in services aimed at adolescents fulfilling socio-educational measures (MSE). **Methods** - Mental health (MH) discourses and actions listed in the individual follow-up projects of adolescents fulfilling MSE were analyzed in two cases of adolescents with MS related demands. Sixteen GD sessions and two interviews were held at the Specialized Reference Center on Social Assistance (CREAS); a GD session and five interviews at the Psychosocial Care Center (CAPS); an interview at the Reference Center on Social Assistance (CRAS) and an interview with the coordinator of the municipality's MS. Following the qualitative strategy was composed a cartography of the paths visited using the concepts of territory, rhizome, desire and intercessors (Deleuze). **Results** - In CREAS was highlighted the demand related to the use of drugs and a case of psychosis. In addition to other demands of psychic suffering related to categories delineated by the researcher as: mentally suffering collective, being 'child of the network', processes of vulnerability, prejudice, violence and violation of rights. Mental health often appeared as an undefined category of care, in which some professionals stated that they did not attend to it, but simply referred it to other equipment in the SM network. It was evidenced the existence of difficulty and ambiguity in the attachment of adolescents to MSE compliance services. A discourse focused on coping and resilience strategies was identified at the CRAS in the face of situations of vulnerability on the part of adolescents. However, this work is discontinued in view of the disaffection of the adolescent and breaking the bond of compulsion. The CAPS AD appeared as a producer of network and powerful care in one of the cases served, but, in the other case, as an adjunct care, following the adolescent disinternation process, including support for the non-committment of an infraction and relapse into drug use. **Conclusion** - Care practices involving the psychological suffering of adolescents are often captured by issues related to compulsion and the reasons that led adolescents to these institutions. There is also a tightening of the monitoring process in compliance with the SSM. This set of situations makes it difficult to establish relations of real care required by work in mental health, even biasing the very idea of it. The work practices articulated between the different social equipments (CREAS, CAPS, CRAS), in one of the cases, were able to build potency in the life of the adolescents. For this, it would be necessary to construct projects of approximation in network. It is understood that such network care is only effective in linking the adolescent to an anticipatory, protective and continuity proposal that is not tied to the issue of compulsion or to an addiction of origin. It makes necessary the understanding of the dynamics of the social conflicts that permeate the life of these adolescents and can, under certain conditions, act as leverage to make them re-offend in the infraction act.

Keywords: Mental health; discourses and practices; infraction; educational measures; adolescents.

LISTA DE SIGLAS:

FCASA – Fundação Casa

MSE – Medidas socioeducativas

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CPAS AD - Centro de Atenção Psicossocial para usuários com problema em decorrência do uso de álcool e outras drogas

CAPS AD III - Centro de Atenção Psicossocial para usuários com problema em decorrência do uso de álcool e outras drogas, do tipo III.

CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil

CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

GD – Grupo de discussão

PIA – Projeto Individual de Atendimento

PTI ou PTS – Projeto Terapêutico Individual ou Singular

SUMÁRIO

I. APRESENTAÇÃO	11
II. INTRODUÇÃO	13
2.1 O SURGIMENTO DA CONCEPÇÃO DE ADOLESCÊNCIA COMO CONDIÇÃO DE ESPECIALIDADE	13
2.2 OS DISPOSITIVOS QUE HISTORICAMENTE ATRAVESSAM A ADOLESCÊNCIA: A JUSTIÇA E A ASSISTÊNCIA - GUARDA, TRATAMENTO, CORREÇÃO E TUTELA	18
2.2.1 <i>O olhar do direito sobre a adolescência que necessita de correção</i>	20
2.2.2 <i>O olhar da assistência sobre a adolescência passível de intervenção necessária</i>	28
2.3 O CUIDADO À SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA EM CONFLITO COM A LEI COMO UM FENÔMENO COMPLEXO, QUE 'PEDE REDE' E SUSTENTAÇÃO DE GARANTIAS DE DIREITOS	32
III. OBJETIVOS	40
3.1 GERAL	40
3.2 ESPECÍFICOS	40
IV. CENÁRIO POLÍTICO INSTITUCIONAL E LOCUS DA PESQUISA	40
4.1 A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DO MUNICÍPIO DE OSASCO	43
4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO: OS PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DA REDE DO SISTEMA SOCIO EDUCATIVO	47
V. PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO, INSTRUMENTOS E CAMINHOS TRILHADOS	52
5.1 SOBRE CARTOGRAFIA E O MÉTODO CARTOGRÁFICO	53
5.2 GRUPOS DE DISCUSSÃO - GDs	58
5.3 ENTREVISTAS SEMI ESTRUTURADAS	62
5.4 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	63
5.5 QUESTÕES ÉTICAS	65
VI. RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
6.1 O ZOOM SOBRE A REDE DE SAÚDE MENTAL EM OSASCO	66
6.2 O ZOOM SOBRE O TRABALHO EM ATO...O TRABALHO NO CREAS E A SAÚDE MENTAL	77
6.2.1 <i>Um Olhar para a saúde mental no CREAS. Nós não fazemos saúde mental!</i>	78
6.2.2 <i>O que tinha de diferente??? O PIA diferente!!!</i>	97
6.2.3 <i>Sobre limites e possibilidades do trabalho com esses adolescentes.</i>	103
6.2.4 <i>Um olhar sobre uma adolescência e a produção de subjetividades. Quais subjetividades?</i>	108

6.3 O ZOOM SOBRE O TRABALHO EM ATO...PARA O CAPS E SOBRE O TRABALHO COM ADOLESCENTES EM MSE NO CAPS AD	118
6.3.1 <i>O trabalho com um caso de PIA diferente e a saúde mental no meio aberto.</i>	121
6.3.2 <i>O trabalho com um caso entre saúde mental e a Fundação CASA e a tentativa de compor rede CAPS – CRAS.</i>	133
6.4 O ZOOM SOBRE O TRABALHO EM ATO... O TRABALHO NO CRAS.	142
VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
VIII. REFERÊNCIAS	151
IX. ANEXOS	162
9.1 ANEXO 01: FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM COM ADOLESCENTES QUE CUMPREM MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS	162
9.2 ANEXO 02: ROTEIRO PARA DISCUSSÕES TEMÁTICAS NOS GRUPOS COM OS PROFISSIONAIS	165
9.3 ANEXO 03: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS – CREAS/CRAS/ INSTITUIÇÃO DE CUIDADO (EM SAÚDE MENTAL)	166
9.4 ANEXO 04. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS CREAS/CRAS - ENTREVISTA)	167
9.5 ANEXO 05. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS INSTITUIÇÕES DE CUIDADO (EM SAÚDE MENTAL) - ENTREVISTA)	169
9.6 ANEXO 06. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS CREAS – GRUPO)	171
9.7 ANEXO 07. CONVERSA COM PROFISSIONAIS – DIARIO E VISITAS A INSTITUICOES ATRELADAS AO ATENDIMENTO DO ADOLESCENTE	173
9.8 ANEXO 08. CURRICULO LATTES PESQUISADORA	174
9.9 ANEXO 09. CURRICULO LATTES ORIENTADOR	175

I. APRESENTAÇÃO

Esse trabalho se compôs da experiência de nove meses de campo de pesquisa de doutorado mergulhada nas dinâmicas de três serviços que atendiam adolescentes em conflito com a lei no município de Osasco.

A prospecção dele se deu, entretanto, no estranhamento produzido em mim na ocasião do mestrado em 2013. À essa ocasião, me deparei com a situação de adolescentes em conflito com a lei, como caso típico do serviço em saúde mental que estive, com múltiplas demandas de cuidado, sendo atendidos de maneira distinta e inferior a forma como eram os outros adolescentes que não carregavam a insígnia do cometimento do ato infracional.

Diante da certeza afirmativa de que o modelo de saúde mental não deveria promover desassistência a nenhum adolescente que dependesse dele, resolvi me emaranhar na área da adolescência em conflito com a lei, das demandas que isso produziria na área da saúde mental e principalmente, de que tipo de exigências essas demandas produziram nos serviços que atendem esses adolescentes.

Essa tese explicita então os encontros, caminhos e descaminhos produzidos no cerne do campo.

Na seção II, discorro sobre a ideia de adolescência, seu surgimento enquanto conceito no final do século XVIII, bem como dos principais dispositivos e serviços que imputaram historicamente ações e intervenções a essa fase da vida como forma de normaliza-la.

Na seção III, apresento os objetivos que orientaram esse estudo.

Na seção IV, apresento o cenário lócus para a produção da pesquisa, através do município de Osasco e sua rede de atendimento no Sistema Socioeducativo, em construção.

Na seção V, apresento os participantes do estudo, os principais instrumentos que me auxiliaram na caminhada e principalmente na organização desta, ao longo dos serviços que visitei.

Na seção VI, apresento os principais resultados encontrados no estudo.

Na seção VII, teço algumas considerações sobre a apresentação de dados feitos.

Na seção VIII, apresento as referências usadas para compor esse estudo.

Na seção IX, trago os principais documentos utilizados como instrumentos ou roteiros de atuação nos espaços da pesquisa.

II. INTRODUÇÃO

2.1 O SURGIMENTO DA CONCEPÇÃO DE ADOLESCÊNCIA COMO CONDIÇÃO DE ESPECIALIDADE

A adolescência é tomada nesse estudo como um momento do ciclo de vida humano sobre o qual se produz um olhar diferenciado no âmbito do cuidado em saúde, da assistência social, dos espaços jurídico e econômico na sociedade. Assim a adolescência se erige como condição de especialidade.

A construção dessa condição de especialidade remete esses indivíduos, ditos adolescentes, a contradições e controvérsias na forma de tratamento a que são submetidos e a modos de vida impostos a partir de diversas instâncias que se propõem a deles cuidar, educar, ou prover assistência de qualquer ordem, tais como, a família e a escola.

A noção de adolescência começa a se esboçar palidamente no século XVIII, para se consolidar plenamente na metade do século XX. No século XVIII subsistia a ambiguidade entre a infância e adolescência, de um lado e, de outro, o que se dava o nome de juventude. No século XX, a noção de adolescência toma importância enquanto tema literário, preocupação de moralistas e políticos, bem como, no desejo de saber o que pensava a juventude e de realizar pesquisas sobre o tema (ARIÈS, 1981).

Para CAVALCANTI (1988) a adolescência está no bojo da revolução industrial, assim como a concepção de infância está no bojo da ascensão da classe burguesa. Sua ênfase ocorre mais na zona urbana do que na zona rural visto que essa ideia precisava dar vazão à construção e preparação de um ideário de reforma pessoal pertinente a dada revolução.

ARIÈS (1981) também o discute o aparecimento da adolescência no século XVIII como “depositária de valores novos, capazes de reavivar uma sociedade velha e esclerosada” (p.14), “no sentimento de renovação dos combatentes que se opuseram às velhas gerações de retaguarda” (p.15) no período pós-guerra (...) “e se

expandiu, empurrando a infância para trás e a maturidade para frente” (p.15), tornando assim o casamento um acontecimento que não mais a interromperia e, ao mesmo tempo, criando um hiato ou um rito de preparação entre infância e a maturidade, bem delimitado como fase de vida.

Em consonância a isso, a adolescência é dita como um conceito sociológico (AYRES, 1990; PERES & ROSENBURG, 1998; CAVALCANTI, 1988 e SALTALAMACCHIA, 1990), um fenômeno genuinamente coletivo, político e histórico que serve como ponto de partida para refletirmos que as políticas relacionadas a essa fase da vida surgem também da preocupação de investir na adolescência um sentimento de renovação e esperança sobre algo a ser construído enquanto promessa de futuro.

O conceito de adolescência então esgarça a ideia de transformações biológicas atribuídas à idade e comuns na definição de alguns autores, tal como os descritos abaixo. A Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, a designa como uma fase em que:

- a. o indivíduo passa do ponto de aparecimento inicial dos caracteres sexuais secundários para a maturidade sexual;
- b. os processos psicológicos do indivíduo e as formas de identificação evoluem da fase infantil para a fase adulta e,
- c. ocorre uma transição de estado de dependência econômica total a outro de relativa independência (OMS, 1975).

TIBA (1986) a enuncia enquanto produto de uma realidade: bio-psíquica e social, em conformidade com o início da puberdade (questão biológica) de desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e da maturidade psicológica (questão psíquica) de se libertar psicologicamente das figuras parentais, se diferenciar, ou identificar-se com o próprio ‘eu’, independente das figuras internalizadas. Além disso, ela é um fenômeno situado na necessidade social de viver em grupo, em um mundo regido por regras, possibilidades de estabelecer novas relações entre pares e outros agrupamentos, ou seja, o aumento dos níveis de contratualidade dessa pessoa com a sociedade que a cerca.

Nesses termos, ao falar de níveis de contratualidade social, destaca-se que as condições de maior ou menor desigualdade social e econômica estão intimamente

associadas às possibilidades e aos tipos de redes que os adolescentes estabelecem entre si e com outras pessoas.

CASTELLAR (1989), fala da noção de adolescências, como as distintas formas em que se podem configurar as existências designadas a essa etapa de vida, que a inscrevem em um imaginário coletivo, econômico e político de um dado momento histórico. Sob esse prisma, reforça-se a ideia da dimensão sociológica em condição de esgarçamento à visão bio-psico-social.

O realce à dimensão contextual plural sob o termo adolescência assume a importância de discutir um dos contornos dados ao termo, historicamente, designado como menoridade. Esse termo constituiu um típico adolescer que ainda caracteriza ou influencia a designação atual que se tem para essa faixa etária.

A construção do termo “menor” é um dos distintos formatos de inscrição em que se situa essa fase de vida, na realidade brasileira, destinada a uma parcela da população característica, a de pessoas carentes financeiramente. No termo “menor” se incute um sentido controverso para a adolescência na medida em que distingue um tipo de adolescência dentre outros, criminalizando, nesse primeiro caso, algumas de suas condutas.

O papel segregador sobre as adolescências, atinente em algumas instituições desde o século XVIII, reforça a ideia de que a assunção do termo “menor” nas áreas jurídicas e de promoção social foi feita para designar o sujeito que estava no período da adolescência ligada à imagem do jovem delinquente, pobre e sem laços familiares (REIS, 1993).

Na virada dos séculos XIX e XX o surgimento legal da minoridade teve implicações no trato das instituições do Estado com esses menores e isso esteve intimamente relacionado com o desenvolvimento de um mercado de mão de obra numa sociedade na qual o capitalismo assumia novas funções. Nesse período marcado por ideias de disciplina social, reformas urbanas e imposições morais, a moralidade no trato com esse “menor” recaía sobre elementos normalizadores da conduta que estas instituições teriam a incumbência de suprir (SANTOS, 2009).

O termo “menor” começa a ser aplicado em condição de desacordo com a lei e os bons costumes das pessoas, na realidade da cidade de São Paulo, por exemplo, no século XX, para descrever as brincadeiras e ou práticas costumeiras como tomar banho de rio, fazer barulho e brincadeiras coletivas na rua. Além disso, outras formas

de traquinagem começam a ser criminalizadas e tomadas como uma questão de polícia, tais como, jogar pedra nos bondes, acender e apagar a luz dos postes de iluminação pública, bem como, subir e descer de bondes em movimento. Apesar disso, esses fatos são interpretados pelo autor como um ato de rebeldia diante do vislumbre e um pouco de vingança em meio à cidade que ia se modernizando e se enchendo de lugares e feitos proibidos e inacessíveis a esses meninos e meninas, retirando-lhes os espaços de convivência e brincadeira que antes lhes era possível e atribuindo um sentido pejorativo ao termo “menor” (SANTOS, 2009).

Outrossim, essa afirmativa traz à tona a preocupação da época com a situação das crianças que ficavam nas ruas, designadas como vagabundas já que não conseguiam trabalho nas fábricas e que só tinham como alternativa de sobrevivência e auxílio aos pais, a realização de pequenos trabalhos pela própria rua e/ou atividades ilegais, como pequenos furtos e prostituição. Segundo SANTOS (2009), “jovens e crianças eram alvo de uma especial atenção dessas autoridades já que as atividades urbanas de comércio ambulante e pequenos serviços eram dominados pelos pequenos” (p.94).

A adolescência tida como algo perigoso, temido, que deveria ser protegida, vigiada e tutelada, é também descrita por autores como FOUCAULT (2001) quando este afirma que historicamente o Estado foi tomando para si a responsabilidade institucional de abrigo e proteção de crianças problema, usando a justificativa da necessidade de disciplinarização desses adolescentes, a fim de que pudessem não delinquir ou tornar-se monstros anormais (CASTRO e SILVA, 2011).

Ainda sob a realidade brasileira, a criminalização da infância e adolescência na utilização do termo “menor” e na preocupação da polícia e autoridades, em deter e corrigir garotos transeuntes da rua era fruto de uma sociedade que marginalizava a pobreza dessas crianças, filhos de trabalhadores pobres e na sua maioria imigrantes e, que por causa desse fato, também assumiam posições e formas de trabalho precárias e ilegais. SANTOS (2009) reforça que

Assim como o menor em São Paulo era iniciado precocemente nas atividades produtivas que o mercado proporcionava, tais como, fábricas e oficinas, também o era nas atividades ilegais, numa clara tentativa de sobrevivência em uma cidade que tanto hostilizava as classes populares. Dessa maneira, o roubo, o furto, a prostituição e a mendicância tornaram-se instrumentos a partir dos quais estes menores proviam a própria sobrevivência e a de suas famílias (p.107).

Pelo dito acima, pode-se dizer que a menoridade é a primeira qualidade de fragilidade que se atribui a concepção de adolescência, de um tipo dela, circunscrito pela insígnia da pobreza e inadequação, cravado pelo viés econômico.

Outra qualidade de fragilidade atribuída à ideia de adolescência pode ser discutida no âmago das teorias desenvolvimentistas descritas acima e outras que atestam essa fase da vida como uma etapa conflituosa e sindrômica. Tanto quanto a primeira qualidade de fragilidade apontada, essa segunda também atrelava à fase da adolescência uma necessidade de tutela.

Para CASTRO E SILVA (2011) há duas principais questões que atestavam a fragilidade da condição de ser adolescente, considerando essa fase como uma em que se precisa de tutela e se é incapaz de se responsabilizar por seu ato.

A primeira delas é a própria concepção de adolescência como uma fase de transição da vida, do adolescente como um ser que ainda está para acontecer e se tornar adulto, que está para entrar na fase adulta, ou seja, de uma inscrição que o retira do tempo presente para colocá-lo num futuro que ainda irá acontecer (CASTRO e SILVA, 2011). Para CALLIGARIS (2009) é uma fase de moratória em que o adolescente é impedido, artificialmente de entrar no universo adulto e tem essa entrada postergada, o máximo possível.

A outra questão está pautada na ideia da adolescência como uma fase marcadamente conflituosa, para qual se designa um Estatuto ou Síndrome Normal da Adolescência (KNOBEL e ABERASTURY, 1981); fase em que alguns comportamentos transgressores e distanciados da norma social são naturalizados dentro de uma condição de anormalidade ou de conflitos esperados (CASTRO e SILVA, 2011). Um momento em que, naturalmente, o indivíduo torna-se chato e difícil de lidar, criando por assim dizer, confusões e crises (FROTA, 2007).

O que essa reflexão traz à tona é o fato dela naturalizar uma norma para o comportamento adolescente e um enquadramento sobre o que pode ser aceito e, diante do que está fora, a necessidade de se intervir de alguma forma para regularizar a situação (MARCILIO, 2006; CASTRO e SILVA, 2011; SARAIVA, 2016); é a mitificação da adolescência apontada por CALLIGARIS (2009), um prisma de olhar dos adultos sobre eles e que se constitui também, de alguma forma, contemplação pelos próprios, de um paradoxo que os situa enquanto objeto de medo e admiração, investimento de sonhos de liberdade e fantasias de desordem e violência.

Sob outro prisma, o da saúde pública, AYRES (1989) reforça a ideia de naturalização das condições de saúde dessa fase construídas a partir de designações ahistóricas do termo adolescência. O autor afirma que existe uma postura de normalização, uniformização de procedimentos e endurecimento de padrões relacionados às práticas em saúde pública direcionadas a essa fase de vida.

Para mais, SARAIVA (2016) e SPOSATO (2013) discorrem sobre como essas fragilidades são incorporadas ao meio jurídico e utilizadas como formas de normalização desse ser para o enquadre ou proposição de uma adolescência dita normal.

O que vale frisar das possibilidades citadas acima é o fato do adolescente poder ser alvo de intervenção sempre que designado como fora dos padrões de conduta esperados e/ou mitificados. Nesse caso, destaca-se as intervenções de distintas ordens, assinaladas como tratamento corretivo de clausura, castigo, privação de direitos e de liberdade - aos olhos da lei – e, em outras ocasiões, tratamento clínico aberto ou em situação de clausura, em favor de um padrão de saúde a ser seguido e almejado.

As intervenções advindas da tentativa de normalização de condutas vêm sendo feitas historicamente mediante a guarda e disciplinarização destes adolescentes nas mais distintas instituições - escola, abrigo, polícia, casas correccionais, locais de internação, igrejas – em diversos graus. Essas estratégias atuando em uma composição de forças que inclui, além das instituições descritas acima, a psiquiatria e o direito em prol de um tipo de pacto econômico-social, serão abordadas a seguir.

2.2 OS DISPOSITIVOS QUE HISTORICAMENTE ATRAVESSAM A ADOLESCÊNCIA: A JUSTIÇA E A ASSISTÊNCIA - GUARDA, TRATAMENTO, CORREÇÃO E TUTELA

O signo da adolescência e a ideia de cuidado e/ou correção, foram sendo então emolduradas por uma série de instituições que auxiliaram no trato e constituição dessa fase da vida.

É, nesses termos, que a escola entra em cena como instituição que acolhia crianças e adolescentes como forma de abrigo e disciplinação dessa fase da vida e já fazia a distinção entre espaços direcionados a filhos de trabalhadores pobres e outro tipo de público.

No século XVIII, o colégio possuía feições muito diferentes daquelas que hoje, o caracterizam. Tratava-se de asilos ou hospedarias destinados a estudantes pobres e não instituições de ensino. A instrução se processava longe dos “colégios”, em rústicas e despojadas salas de aula, onde se mesclavam, em torno de um mestre, pessoas de todas as idades (REIS, 1993, p.37).

No século XIX, o modelo de escola em que os pais contratavam grupos de professores coletivamente organizados em situações de preceptoria e, que ocorriam em locais distintos – casas de famílias, espaços públicos e comerciais sem vinculação com o estado - eram frequentados quase que exclusivamente por crianças de classes abastadas, sendo proibido, em algumas escolas, a presença de crianças negras, mesmo livres (FARIA FILHO & VIDAL, 2000).

Em meados do século XIX, a disseminação e defesa de um modelo de ensino coletivo e gerenciado pelo Estado que congregasse crianças e adolescentes em um mesmo espaço, é também descrito pelo autor como uma questão política de fortalecimento do “governo do estado” (sic) em contraposição ao “governo da casa” (sic) (FARIA FILHO & VIDAL, 2000); a escola migra de instituição a prédio o que a torna uma facilitadora do controle e classificação das crianças em faixas etárias e possibilidades de sucesso (PETITAT, 1994).

A predominância de dois modelos de escolaridade, durante o século XVIII e XIX se remetiam a uma proposta de pacto social que conseguisse sustentar o modelo de estado liberal que estava sendo proposto à sociedade no início da revolução industrial.

O pauperismo em concomitância com a massa de trabalhadores indigentes que chegavam às cidades no século XIX requeriam do Estado uma tomada de atitude como instância organizadora do corpo social e dos direitos dos pobres à assistência, trabalho e educação (DONZELOT, 1986).

A escola também a partir de um regime rigoroso disciplinar possibilitou o que se deu o nome de organização social da quarentena, ou seja, o período que delimita

a preparação transitória necessária entre a vida infantil e a vida adulta, a adolescência (REIS, 1993).

O exército é também descrito como uma instituição que no século XVIII abrigava em seu interior, de forma indiferenciada, crianças e adolescentes, mas que posteriormente a isso passa a funcionar como uma unidade que representa a disciplinarização e orgulho relacionado à adolescência a partir do serviço militar. Fato esse que auxiliou a delimitação desta enquanto fase da vida (ARIÈS, 1981; REIS, 1993).

Não obstante à escola e outras instituições que se corporificam em estruturas físicas coletivas subsidiadas pelo governo e que auxiliavam no controle e ajustamento de crianças e adolescentes, a instituição da lei também cumpre um papel de regulação e fortalecimento do Estado ou pacto social regendo dispositivos e medidas para assegurar a manutenção da ordem.

2.2.1 O olhar do direito sobre a adolescência que necessita de correção

O olhar do direito sobre a conduta criminal de adolescentes e os dispositivos construídos como forma de punição e/ou correção desses feitos podem ser descritos a partir de três grandes momentos históricos.

Um primeiro momento que se se designa como etapa indiferenciada, a seguir, a etapa tutelar e, a atual, garantista.

A primeira delas, a etapa indiferenciada, se caracteriza pela consideração de adolescentes e adultos praticamente sob mesmas condições de imputabilidade, com algumas atenuações na penalidade quando os primeiros cometiam atos criminosos. Além disso, misturavam-se ambos em situação de promiscuidade quando eram encaminhados para instituições de apenamento. Essa fase se estende do nascimento dos códigos liberais no século XIX, de origem retribucionista, até as primeiras legislações do século XX, período esse que inclui o código criminal brasileiro de 1830, o código espanhol de 1848 e o código português de 1852 (SHECAIRA, 2015 & SARAIVA, 2016).

As condições e/ou atenuantes considerados no código do império de 1830 estavam relacionadas ao estabelecimento de inimputabilidade a menores de 14 anos que não seriam julgados, mas caso fosse comprovasse seu discernimento para o feito poderiam ser recolhidos a um espaço correcional. Além disso, os réus que fossem menores de 17 e maiores de 14 poderiam ter atribuído pelo juiz a substituição da pena por trabalhos forçados (SPOSATO, 2013; SHECAIRA, 2015 & SARAIVA, 2016).

A segunda etapa penal, designada como tutelar, se inicia em 1919 tendo origem nos Estados Unidos e se propaga pelo mundo, com a promulgação da legislação da Argentina em 1919 e com a repetição desse modelo em outros países da América Latina (SARAIVA, 2016).

O modelo tutelar vem como decorrência de um processo social de indignação moral diante dos escândalos relacionados ao alojamento de crianças, adolescentes e adultos em mesmos espaços (SHECAIRA, 2015 & SARAIVA, 2016).

No Brasil, o modelo tutelar surge oficialmente com a promulgação da Lei Federal 4242 - que regulava o serviço de assistência e proteção à infância abandonada e delinquente - e com a criação do tribunal de menores de 1923 (SPOSATO, 2013). Além disso, é fortemente marcado pela promulgação do primeiro código de menores, o de Mello Matos em 1927, que nasceu ainda sob a prerrogativa da assistência pública herdada da ação policial (RIZZINI, 2004) com ações voltadas a vigilância e intervenção sobre os adolescentes, menores abandonados e delinquentes a partir da institucionalização destes, questão essa que vigorou no Brasil até meados da década de 80 (SEGALIN e TRCINSKI, 2006).

Outrossim, cabe destacar que esse código trouxe um avanço importante diante da citada fase de indiferenciação no alojamento de crianças, adolescentes e adultos no mesmo espaço de apenamento. Ele define a responsabilidade penal plena em adultos a partir de 18 anos; responsabilidade penal especial dos 14 aos 18 anos, mas autoriza a internação para adolescentes entre 16 a 18 anos no caso de cometimento de delitos graves com demonstração de periculosidade, em instituições para adultos por prazo indeterminado, até que se obtivesse a cura deles. Define ainda os adolescentes abandonados e/ou delinquentes como alvo de sua ação (SPOSATO, 2013).

O que se discute sobre esse código, sem incorrer em nenhum erro de anacronismo histórico, é que ele era regido sob a doutrina do menor em situação

irregular, ou seja, que ele reforçava a ideia acima discutida da infância e adolescência dividida em duas modalidades de existência e intervenção. Na primeira, o tratamento dado à criança e ao adolescente situado em um padrão de normalidade, que possuía uma família estruturada. Na segunda, a adolescência pautada na ideia de menoridade irregular, ou seja, a modalidade de vida em que subsistia a população infanto-juvenil de rua, que estava fora das escolas: órfãos, carentes e infratores (VOLPI, 2001; SEGALIN e TRCINSKI, 2006).

Cabe ainda frisar que esse modelo tinha forte influência da teoria positivista, diante da qual se entendia que o menor delinquente infringia a ordem não por sua vontade, mas porque era tomado pelas suas circunstâncias de vida e familiar; possuía forte teor intervencionista e pautado na atuação livre dos tribunais sobre a penalidade atribuída aos adolescentes. Não havia algumas das garantias processuais hoje vigentes, tais sejam, a presença de um advogado ou intervenção do Ministério Público.

As medidas de liberdade vigiada tinham um cunho restritivo de liberdade e as instituições que internavam adolescentes infratores e/ou abandonados, uma orientação correcionista (SHECAIRA, 2015) que se utilizava da penalidade atribuída pelo direito penal como forma de prevenção e tratamento da delinquência (SPOSATO, 2013); uma forma piedosa e caritativa do Estado para trabalhar a infância e adolescência em situação irregular, uma condição econômica do indivíduo.

Esta perspectiva é modificada na terceira fase designada como doutrina da proteção integral à criança e ao adolescente e vem em decorrência de lutas e questionamentos de conjuntura internacional quanto à proteção dos direitos das crianças e adolescentes, tais como os descritos nos documentos, Regras mínimas das nações unidas para a administração da justiça de menores – Regras de Beijing (1985), Convenção internacional das nações unidas sobre os direitos das crianças e dos adolescentes (1989), Diretrizes das nações unidas para a prevenção da delinquência juvenil – Diretrizes de Riad (1990), Regras das nações unidas para proteção de menores privados de liberdade (1990), Resolução do conselho da Europa sobre delinquência juvenil e transformação social (1978) e a recomendação n (87) 20 do Comitê de ministros do conselho da Europa sobre as reações sociais à delinquência juvenil.

No Brasil essa etapa é inaugurada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA - em 1990 que passa a entendê-los como seres possuidores de direito e que precisam de proteção, bem como, da necessidade da construção de políticas públicas e medidas legais protetivas que assegurassem a condição de cidadania aos mesmos (BRASIL, 1990).

O ECA passa a ser o instrumento soberano que legisla sobre as necessidades de crianças e adolescentes (12 a 18 anos de idade), até os dias atuais e, particularmente nos artigos 112 a 130 do capítulo IV fala sobre a aplicação de medidas socioeducativas (MSE) destinadas a adolescentes na situação de infração da lei, resguardando os direitos fundamentais de proteção destes (BRASIL, 1990).

Nesse modelo estavam presentes duas grandes orientações. Uma delas, de caráter educativo pode ser vista no conteúdo das medidas sócio educativas e de proteção que deveriam ter a função de responsabilização do adolescente pelo ato infracional cometido, bem como um objetivo educativo principal. A outra, que tem um caráter judicial, se caracteriza pela similaridade com a justiça penal de adultos, na arquitetura montada, acusação e defesa propostas, assim como, no estabelecimento de garantias legais, como a presunção de inocência (SPOSATO, 2013).

O modelo através do ECA estabelece a isenção total da responsabilidade criminal para menores de 18 anos, os quais não poderiam receber nenhum tipo de apenamento, tão somente MSE (BRASIL, 1990; SPOSATO, 2013).

As medidas previstas no ECA especificamente relacionadas ao jovem infrator, denominadas socioeducativas, tem um cunho jurídico e educativo de correção e inserção desse adolescente em uma série de atividades com o objetivo de fazê-lo reparar o erro cometido e responsabilizar-se por seus atos delituosos.

SARAIVA (2006) descreve algumas das principais características da doutrina da proteção integral:

- 1) Definição dos direitos das crianças e a responsabilidade dos pais, família, sociedade, comunidade e Estado de restabelecê-los, através de mecanismos sociais, administrativos ou por via judicial quando for o caso; universalização dos direitos a todas as crianças e adolescentes.
- 2) Desaparecimento das ambiguidades, termos vagos e imprecisos descritos nos códigos de menores anteriores ao ECA para se referir à adolescência tida como abandonada ou delinquente, como “risco”, “perigo moral ou

material”, “situação irregular”. O adolescente é considerado como pessoa completa e em condição de especialidade, a do seu desenvolvimento.

- 3) O estabelecimento de que, quem se encontra em “situação irregular” quando o direito da criança e/ou adolescente se encontra violado, é alguém ou alguma instituição do mundo adulto, por exemplo, família e comunidade.
- 4) Distinção entre as competências das políticas sociais públicas e as relacionadas com o ato de infração a lei penal; desjudicialização dos conflitos relacionados à carência de bens materiais enfatizados como justificativa para ação do Estado no momento tutelar; recolocação do juiz na função jurisdicional ocupando-o de questões da órbita infracional (penal) e não civil (família); e limitação das ações do juiz situando-as dentro do sistema de garantias.
- 5) Garantia de direitos processuais aos adolescentes, julgamento por tribunais específicos, dentre outras, incluindo a do sistema de responsabilização penal designado especificamente para essa faixa etária.

SPOSATO (2013) discorda da perspectiva acima, discutindo que o modelo da doutrina garantista herda ambiguidades e arcaísmos que se remontam ao antigo sistema tutelar, contribuindo para a existência de um modelo misto. Essa contradição estaria relacionada com as práticas desenvolvidas, ora com um cunho educativo – caráter permissivo e tolerante ao cometimento do ato infracional, medidas extrajudiciais e grau relevante de intervenção diante de condutas consideradas irregulares ou penalmente imputáveis – e, ora com um cunho responsabilizador – isenção de responsabilidade penal aos menores de 18 anos e reconhecimento do adolescente como sujeito de direitos dotado de responsabilidade penal especial devido a sua condição peculiar de desenvolvimento. Além disso, a autora aponta a fragilidade do amplo arbítrio judicial na situação de ajuizamento, considerando quaisquer condições sem necessariamente vincula-la a lei de maneira objetiva, o que ela chama de influência do aspecto judicialista na proposição da medida socioeducativa, ou seja, dele em paridade com o sistema penal dos adultos.

As condições se traduziriam em impedimentos e/ou situações de fragilidade no estabelecimento de um modelo único garantista ou de responsabilização.

Em consonância a isso, são criadas inúmeras ações de proteção, resguardo e tutela desse adolescente, que passa a ser subscrito, então, como adolescente em

conflito com a lei em uma clara referência à perspectiva desenvolvimentista de adolescência como fase problemática.

A assunção de MSE ou correccionais à infância infratora vem acompanhada da consecução de inúmeros serviços, prioritariamente de internação, que eram responsáveis pelo ajustamento e/ou tratamento de crianças infradoras. No bojo dessa história, tem-se em 1941 a Criação do Serviço de Assistência ao Menor - SAM, Serviço de Atenção ao que tinha como objetivo reordenar as práticas de assistência a menores infratores em instituições públicas e privadas que se atinham desse tipo de trabalho (PEREZ E PASSONE, 2010).

Esta instituição que nasce no Estado novo, sob o discurso de corrigir essas crianças e adolescentes, as coloca em situação de extrema fragilidade na medida em que são divulgados estudos e relatórios que descrevem como no interior desses serviços correccionais se promove uma série de maus tratos.

No bojo das contestações relacionadas a situações de maus tratos e negligência que os adolescentes passavam no SAM ele foi extinto em 1964 (RIZZINI, 2004).

Nesse mesmo ano é criada a instituição oficial que viria reassumir a aplicação das MSE, a FUNABEM – Fundação Nacional para o Bem Estar do Menor – visando implementar uma política nacional de bem estar do menor abandonado e, a tentativa de unificar a gestão das entidades estaduais que faziam esse tipo de atendimento – proteção a menores. Segundo BECHER (2011) a fim de controlar a situação de pobreza material e moral das famílias, incluindo-se nesse bojo a delinquência juvenil.

Em 1974 temos a criação da Fundação Paulista de Promoção Social do Menor (Pró-Menor). Em 1976, o governo mudou o nome da Fundação PRO-MENOR para FEBEM – Fundação Estadual do Bem Estar do Menor, instalada em São Paulo, como uma autarquia fundacional, atrelada a Secretaria de promoção do menor. Ela foi uma iniciativa de adequação a política nacional designada pela FUNABEM, em nível nacional.

A antiga FEBEM que atendia crianças e adolescentes carentes e que cometeram atos infracionais passou novamente por inúmeras transformações, provenientes de situações calamitosas e de escândalos relacionados a condições de maus-tratos e que infringiam os direitos dos adolescentes internados. Além disso, os inúmeros processos de questionamento de entidades sociais e jurídicas, tal como as

deliberações do CONANDA requeriam que essa instituição pautasse seu atendimento nas necessidades dos adolescentes que cometeram ato infracional, ou seja, no que definia enquanto medida socioeducativa (CONANDA, 2006a; CONANDA, 2006b; BRASIL, 2006; BRASIL, 2012a).

Essa distinção significava na prática que os adolescentes designados como abandonados, negligenciados ou unicamente em situação de risco, fossem alvo das medidas protetivas definidas pelo ECA. Além deles, crianças que cometessem atos infracionais menores de 12 anos. Outrossim, os adolescentes cometedores de atos infracionais, deveriam ser alvo de MSE que tivessem como objetivo, além de um trabalho específico para essa finalidade, o pressuposto da reinserção social e responsabilização desse adolescente perante o ato cometido, bem como, da construção de condições que fizessem com que eles não reincidissem no delito. Tem-se então uma tentativa real no Sistema de atendimento socioeducativo de separar adolescentes abandonados e infratores, cuidados historicamente sob um mesmo espaço físico.

Após posteriores readequações de projetos de estruturas das unidades (diminuição da superlotação, rebeliões, construção de unidades físicas menores e que abrigassem menor quantidade de adolescentes em cada espaço, etc) e, em atendimento ao já vigente ECA, a Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (FCASA) é criada pela imposição da Lei Estadual 12469 de 2006.

A descentralização da FEBEM para a Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (CASA), por sua vez, teve respaldo, posteriormente, no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) que publicou as diretrizes de funcionamento do Sistema e, dentro dele, das unidades de internação de adolescentes que cumprem MSE em meio aberto e fechado (CONANDA, 2006b; BRASIL, 2006; BECHER, 2011; BRASIL, 2012a).

A FCASA está sob a égide de um arcabouço legal que integra e oferece uma série de atividades aos adolescentes que foram encaminhados para cumprir medida socioeducativa no seu interior, o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - SINASE. Além disso, o adolescente deve estar sob a orientação de um Plano Individual de Atendimento (PIA) que operacionaliza as ações educativas desenvolvidas ao longo da medida de internação (BECHER, 2011).

Uma questão importante a ser descrita é que, segundo a Lei 12.594 de 18 de janeiro de 2012, que institui o SINASE e regulamenta a execução das MSE destinadas ao adolescente que pratique ato infracional, os Planos de Atendimento Socioeducativo devem prever ações articuladas nas áreas de educação, saúde, assistência social, cultura, capacitação para o trabalho e esporte.

As MSE são recursos correccionais previstos na Lei 8069 de 13 de julho de 1990 (ECA) que, nesses termos, também devem cumprir uma proposta intersetorial de assistência a esses adolescentes (BRASIL, 2012a).

Outrossim, a fim de aplicar de forma adequada as medidas correccionais citadas acima, o artigo 112 do ECA, discorre sobre sete possibilidades de medidas que podem ser prescritas ao adolescente que cometeu ato infracional: advertência; obrigação de reparar o dano; prestação de serviços à comunidade; liberdade assistida; inserção em regime de semiliberdade; internação em estabelecimento educacional. Outras, previstas no artigo 101 do ECA, seriam, encaminhamentos do adolescente aos pais e/ou responsáveis, orientação, apoio e ou acompanhamento temporários, matrícula e frequência obrigatória em estabelecimento oficial de ensino fundamental, inclusão em programa comunitário ou oficial, de auxílio à família, criança e/ou adolescente, requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial, inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento de alcoólatras, toxicômanos, abrigo em entidade e colocação em família substituta (BRASIL, 1990).

As MSE em meio aberto, Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) ocorrem em serviços que estão sob a responsabilidade da esfera municipal, tendo a segunda medida (LA) sido municipalizada no ano de 2014 e seu planejamento e operatividade sediados no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) a partir do Programa de Proteção Social Especial (medidas protetivas e MSE). Este programa que tem como operador os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) constroem e auxiliam na efetividade de um PIA para o adolescente que cumpre medida socioeducativa através de uma equipe multiprofissional. Esse trabalho, pautado nas deliberações do Estatuto da Criança e do Adolescente, além de garantir os direitos fundamentais relacionados à saúde, educação e condições dignas de inserção no mundo do trabalho, tem como objetivo

fazer com que o adolescente não reincida no ato delituoso (MORAIS E MALFITANO, 2014).

O que vale destacar da operacionalidade das MSE é que elas estão explicitamente imbuídas de cuidado à adolescência e que esse cuidado, seguindo o que preconiza o princípio da incompletude institucional e os parâmetros para trabalho em rede deve ser feito em parceria de trabalho entre os subsistemas descritos a seguir, Sistema Socioeducativo – SINASE, Sistema Único de Saúde - SUS, Sistema Único de Assistência Social - SUAS, Sistema Educacional e Sistema de Justiça e Segurança Pública. Esses sistemas compõem o Sistema de Garantia de Direitos da Infância e Adolescência.

2.2.2 O olhar da assistência sobre a adolescência passível de intervenção necessária

O surgimento da concepção da adolescência enquanto fenômeno historicamente delimitado no início da revolução industrial foi alvo de um processo importante de intervenção sobre alguns atos de jovens que se enquadravam na ideia de delinquência, bem como, na condição de abandonados, desvalidos e membros de famílias que não possuíam capacidade moral e/ou financeira para cuidar deles. A institucionalização desses jovens em espaços destinados a esse tipo de cuidado, correção ou reforma foi predominante no século XIX e XX.

A ação do Estado sobre a vida desses adolescentes, teve um mérito de disciplinarização e iniciou-se sob a insígnia da intervenção e clausura em instituições de distintos feitos.

Tal como descrito anteriormente, a escola e o exército também serviram a esse propósito que teve certamente um claro apelo à manutenção da sociedade liberal insurgente e diante das clivagens profundas que ocorriam no corpo social onde coabitavam, de um lado, uma minoria burguesa letrada e de boas condições financeiras e, de outro lado, pessoas pobres, principalmente jovens sem instrução e que perambulavam pelas ruas pedintes, cometendo pequenos delitos ou fazendo

trabalhos temporários. Esses, então, representavam uma ameaça de destruição à nova organização da cidade (DONZELOT, 1986).

Pode-se dizer que o olhar para a criança no século XIX no Brasil era direcionado ao controle de suas condutas, a fim de que se tornassem bons cidadãos, adequados às normas sociais e que a medicina infantojuvenil se configurava como uma disciplina moral e social enquanto o trabalho do médico se mesclava ao policiamento e educação da criança no seu ambiente (ASSUMPÇÃO, 1995 & REIS ET AL, 2010).

DONZELOT (1986) discorre sobre inúmeras leis que são promulgadas com o objetivo de normatizar condutas das pessoas principalmente no seio das famílias, ou normatizar a relação adulto-criança, desde a década de 1840 até o final do século XIX, leis de proteção relacionadas à infância, tais como, lei sobre o trabalho de menores (1840-41), lei sobre a insalubridade das moradias (1850), lei sobre o contrato de aprendizagem (1851), lei sobre a vigilância das nutrizes (1876), lei sobre a utilização de crianças pelos mercadores e feirantes (1874), lei sobre a obrigatoriedade escolar (1881). Essas normativas de cunho político sanitário tentavam mediar a vida de famílias menos abastadas, assim como, reforçar o poder tutelar do Estado sobre os filhos dos pobres e tornar natural, sob a ótica da tutela, um processo de culpabilização da família e a desautorização do seu papel parental, o que era reforçado para além dessas normativas, nas instituições de internação de menores (RIZZINI, 2004) na maioria das vezes por tempo indeterminado.

O olhar da saúde se destina aos problemas associados à menoridade, como termo que agrega uma porção somente das questões relacionadas à adolescência, tais sejam, a delinquência, a adolescência pobre, criminosa e supostamente negligenciada por figuras de autoridade parentais.

A saúde se inclui no ideário de proteção e cuidado à adolescência problemática, aliada ao discurso higienista no século XIX e meados de XX e à ciência médica psiquiátrica que insurgia como recurso poderoso para moralização e controle social das classes populares (DONZELOT, 1986).

A própria definição do termo adolescência dentro de uma condição de transição delimitada para essa fase da vida - 10 e 20 anos de idade – não se dá por acaso e torna público um olhar direcionado às dimensões bio-fisiológica, psicológica e econômica nas transformações que acontecem nesse intervalo físico de tempo, fato

esse enfatizado por autores como (CAVALCANTI, 1988; CASTELLAR, 1989; SALTALAMACCHIA, 1990 & REIS, 1993) fazendo valer a importância ou necessidade de intervenção sobre essa condição de especialidade.

Ademais, o conceito que a Organização Mundial da Saúde (1975) difunde sobre adolescência – vicissitude de processos maturacionais, psicológicos e estado de transição para independência econômica – traduz, assim como na perspectiva descrita acima, uma preocupação e direito de discutir e intervir sobre os problemas associados a esse período de vida, tratado e assumido em muitos casos por instituições de cunho social e de caráter caritativo ou filantrópico de proteção à adolescência.

O surgimento de instituições de internação e correção de adolescentes que cometeram atos infracionais se deu no Brasil a partir do século XX, em uma política que visava separar os adultos das crianças e adolescentes que coabitavam os mesmos espaços correccionais (SEGALIN e TRCINSKI, 2006).

Nesse momento existe uma clara associação do comportamento marginalizado e do tipo de adolescente chamado de menor, com a questão da anormalidade e com a própria trajetória da saúde mental no Brasil, uma vez que às crianças abandonadas ou desassistidas - prelúdio para a delinquência adolescente - uniam-se na situação de trato, as crianças idiotas, imbecis e dementes e, sobre elas a medicina teria algo a orientar.

As ações relacionadas com o trato dessas crianças e as instituições que se ativeram delas são ilustradas na constituição do Serviço Social nos serviços de saúde mental no Brasil, na década de 40. Sobre isso, REIS ET AL (2010) destacam que não sem propósito e sem determinação,

se estabelece a presença do serviço social em saúde mental no Brasil, proposta por higienistas brasileiros e americanos sob o molde de “Child Guidance Clinics”. A estratégia do serviço social em matéria de saúde mental consiste em diagnosticar e tratar “crianças problemas” e implementar a educação higiênica nas escolas e na família, principalmente a partir da criação dos Centros de Orientação Infantil (COI) e Centros de Orientação Juvenil (COJ). (...) Essas instituições são atravessadas por conhecimentos oriundos da psiquiatria, da higiene e da psicanálise e tinham como principal objetivo separação dos deficientes mentais dos “desajustados emocionais”, incluídos nessa categoria os “delinquentes” considerados dignos de atenção especial, tratamento e prevenção (p.124).

Constata-se que apesar da transversalidade das duas questões - a adolescência doente e a adolescência delinquente - e do tratamento comum que essas crianças/adolescentes tinham em algumas instituições, ao lado de crianças idiotas, imbecis e dementes, a saúde mental vai delimitando a sua área de atuação para o tratamento e/ou explicação das formas de patologias associadas à infância e adolescência e deixando principalmente para a área jurídica e de assistência social ações protetivas e correcionais relacionadas ao cometimento de delitos e atos infracionais nessa faixa etária.

A produção de assistência de maneira destacadamente normalizadora e tutelar predominou nas políticas assistencialistas e higienistas que visavam atender famílias incapacitadas de educar e exercer parentalidade adequada sobre seus filhos. Atualmente, o modelo garantista carrega consigo uma série de contradições relacionadas com o modelo de assistência preconizada para atendimento de adolescentes que cometeram atos infracionais. Destas contradições, uma principal dentre as que podem ser destacadas é, de um lado, a herança ainda maior do que desejada do modelo de assistência tutelar assistencialista nas políticas para infância e adolescência e, de outro lado, o desafio do cuidado primando pela questão do sujeitamento de adolescentes em uma rede de proteção e cuidados direcionados a eles.

Nesse âmbito a construção de uma rede de assistência em saúde que tem o desafio de trabalhar sobre a perspectiva da incompletude institucional e na produção complexa de sujeitamento do adolescente que cometeu ato infracional é sumariamente importante e será descrita a seguir.

2.3 O CUIDADO À SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA EM CONFLITO COM A LEI COMO UM FENÔMENO COMPLEXO, QUE ‘PEDE REDE’¹ E SUSTENTAÇÃO DE GARANTIAS DE DIREITOS

É sabido que historicamente a ciência psicológica cumpriu um papel importante sob a lógica higienista do final do século XIX e XX, inicialmente como disciplina da medicina e posteriormente como ciência autônoma, contribuindo de maneira importante com suas práticas e instrumentos psicológicos para a prevenção e controle relacionado a delinquência na infância e juventude. DONZELOT (1986) destaca que a ideia da prevenção e controle da delinquência, a partir do final do século XIX, já estava sendo configurada através de um maior exercício de poder estatal sobre a vida das pessoas e que isso se daria pela cobertura de indícios de risco e desadaptação adolescente, por meio de um trabalho social e educativo, estudando “o clima familiar e o contexto social que fazia com que determinada criança se transforme numa criança de risco” (p.92). Para isso, segundo o autor, o trabalho social com crianças e adolescentes “se apoiará num saber psiquiátrico, sociológico, psicanalítico, para antecipar o drama, a ação policial, substituindo o braço secular da lei pela mão estendida do educador” (p.92).

Data dessa época e na direção do século XX, a criação de instituições e espaços de discussão e legitimação de saber científico sobre a área da infância e adolescência, em uma congregação de forças entre o Estado e instituições filantrópicas que se emolduravam na perspectiva de fortalecimento do poder higienista do estado sobre a vida social. Nesse cenário temos, além das 16 instituições asilares herdadas da República pelo Império, a criação de 14 instituições do tipo asilo, de 1889 à 1930 na qualidade de orfanatos, escolas para abandonados e seis instituições ligadas a saúde da criança; em 1903 a criação da escola correccional 15 de novembro; em 1916, realização do Congresso Panamericano del Niño de Buenos Aires e a criação da Seção de Higiene Infantil do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920; em 1923, a criação da Liga Brasileira de Saúde Mental que esboçava em seu

¹ A expressão “pedir rede” refere-se à complexidade existente no cuidado de crianças e adolescentes cumprindo medidas sócio educativas, bem como, ao princípio da incompletude institucional pertinente ao mesmo. Esse princípio inclui a lógica de que esse cuidado deve ser feito através de uma rede de serviços que pressupõe um olhar multiprofissional e singular sobre cada caso atendido.

cerne a preocupação com a saúde psíquica de crianças e adolescentes (RIZZINI & PILOTTI, 2011); em 1932, a criação da clínica de eufrenia, que atendia crianças pré-escolares e escolares na prevenção a doenças nervosas da infância; em 1945, palestras proferidas por psiquiatra e psicanalista em rede pública de rádio defendiam que somente no dia em que houvesse cursos especiais para ensinar os pais a cuidar de seus filhos é que viveríamos em uma sociedade genuinamente científica, ou seja, uma sociedade melhor (SCHECHTMAN, 2005).

Os fatos históricos citados reconstituem a congregação de estratégias higienistas que consolidaram a ação de poder do Estado sobre o cuidado à infância e adolescência, inclusive delinquente.

Nesse cenário, a ciência psicológica e a psiquiatria situaram a preocupação com a condição de risco à delinquência dentro da área da saúde mental da infância e adolescência. Era comum estudos e inspeções médicas desenvolvidos pelas ligas de higiene mental, sobre a personalidade das crianças e situações comportamentais que poderiam representar risco psíquico para o desenvolvimento de uma personalidade delinquente (MANSANERA, 2000).

Esses fatos históricos que acontecem de maneira concomitante a promulgação do código de Mello Matos em 1927, circunscreveram a etapa já citada acima de tutelar no manejo e assistência a crianças e adolescentes autores de atos infracionais.

Após esse período que se estendeu até o ano de 1990, com a promulgação do ECA, a saúde mental infantojuvenil se desvincula oficialmente do olhar de tutela acerca do adolescente, menor ou em conflito com a lei.

Desde a promulgação do ECA, não de maneira linear e homogênea, a construção de um pensamento relacionado com a saúde mental infanto-juvenil na atualidade tem tido por base uma visão de adolescência como lugar de especialidade e de direitos, bem como, a defesa de outras formas de assistência diferenciadas da institucionalização.

Para não incorrer em uma visão reducionista e pontual sobre o surgimento desse modo de cuidado à adolescência, cabe ressaltar a importância dos movimentos de abertura política no início dos anos 80 na criação desse novo modelo de assistência. Esse modelo de saúde mental para a infância e adolescência apoia-se em pelo menos três condições, descritas a seguir:

1) A Reforma Sanitária, na construção do Sistema Único de Saúde, que através dos pressupostos de universalidade, integralidade, equidade e participação comunitária fornece as bases para a construção de uma política em saúde alicerçada em um Sistema Público que possua equipamentos sociais organizados de forma comunitária a partir da atenção básica (REIS ET AL, 2010).

2) A Reforma Psiquiátrica que fundamenta uma atuação em saúde baseada em serviços comunitários de cunho substitutivo ao hospital psiquiátrico, baseado no acolhimento e atendimento territorial trazendo à cena o contexto de vida dos adolescentes, bem como, a inclusão social destes, além do arcabouço legal (lei 10.216) para esse tipo de atendimento (REIS ET AL, 2010).

3) A promulgação do ECA que traz para a cena da saúde mental pública a figura do adolescente enquanto um sujeito de direitos (MUSSE, 2008; REIS ET AL, 2010).

A área da saúde mental oferece uma rede ampliada de cuidados pautada na articulação de equipamentos de caráter comunitário. Tem para si o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil - CAPSi – como um serviço estratégico e substitutivo à lógica manicomial, mas também ordenador de um trabalho em rede, intersetorial e articulado a outros tipos de equipamentos e serviços que congregam as áreas da educação, assistência social, esporte e justiça, além de cultura, movimentos sociais, organizações não governamentais e outras que reforcem o caráter territorial e em rede da política de saúde para essa faixa etária (REIS ET AL, 2010; BRASIL, 2007a).

Outro marco importante para caracterizar a abordagem da saúde mental na atualidade é o modelo que traz à cena a questão do cuidado, de maneira ampliada e substitutiva, denominado atenção psicossocial. Ele é contrário à intervenção relacionada somente com o tratamento da doença. Nele focaliza-se o sofrimento enquanto condição inerente à situação de vida complexa em que a criança e adolescente estão inseridos (COSTA-ROSA ET AL, 2003).

O cuidado em saúde mental não pode ser restrito ao tratamento de uma determinada doença, visto que preconiza, além de um trabalho em rede, a construção de um modelo que coloca a doença entre parênteses, o que significa fazer o sujeito aparecer na cena com sua subjetividade, seus problemas concretos do cotidiano, seu

trabalho, família, projetos e anseios, que viabilizam a noção de integralidade desse sujeito aos olhos do campo da Saúde Mental (REIS, 2010).

Vários autores discutem a construção da ideia de cuidado no modelo de atenção psicossocial, também enquanto desenvolvimento de níveis de contratualidade entre usuários – incluindo aqui as famílias - e profissionais (YASUI E COSTA-ROSA, 2008; COSTA-ROSA ET AL, 2003; ROTELLI, 1990; AMARANTE, 1995/2008; SARACENO, 2001) ou ainda, desse cuidado enquanto um encontro “interseção” (sic) na produção de subjetividade (MERHY, 2007).

Vários documentos falam sobre as diretrizes do cuidado a saúde mental de adolescentes em conflito com a lei (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005; BRASIL, 2007a; CONANDA, 2006b; BRASIL, 2006; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012a) e destes, alguns especificamente sobre o cuidado a adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e drogas (BRASIL, 2003b; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2013). Esse cuidado, então é pensado sob duas perspectivas, a de promoção em saúde mental (CONANDA, 2006b; BRASIL, 2006; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012a) e a de assistência ou cuidado quando do cometimento de uma demanda específica reconhecida pela rede como tal (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005; BRASIL, 2007a; CONANDA, 2006b; BRASIL, 2006; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2013).

O que esses documentos enfatizam é o desafio do cuidado enquanto modalidade que inclui, territorializado, que protagoniza o adolescente na construção de um projeto singular diante de sua vida, que amplia o cuidado às famílias, que se articula em redes de atenção e proteção à infância, respeitando o princípio da incompletude institucional e, de que eles, os adolescentes, devam ser cuidados prioritariamente em serviços abertos de atenção em saúde mental e de cunho comunitário.

De forma contraditória a isso, (CASTRO, 2011) já no século XXI, discute que a visão da saúde dentro de estabelecimentos correccionais pode estar pautada na ideia de salvar meninos e meninas da delinquência e da promiscuidade através de técnicas educativas. Pode-se compreender que essas técnicas estão ligadas à noção de higiene física, mental e sexual, através das ações que procuram desenvolver atitudes enquadradas em parâmetros de normalidade para os adolescentes. Isto se dá em

relação aos cuidados com o próprio corpo e saúde, bem como com a ocupação da mente e o desenvolvimento de uma sexualidade saudável.

Essas prerrogativas dão a primeira sustentação e justificativa a esse estudo que se propõe a analisar como se dão as práticas clínicas, institucionais, ações e discursos direcionados ao cuidado e orientação destinados a adolescentes, que cumprem MSE nas instituições co-participantes desse cuidado.

Na visão de CASTRO E SILVA (2011) as ações de intervenção relacionadas aos adolescentes na Fundação CASA, cumprindo medidas sócio educativas em meio fechado, devem ser problematizadas na fala de observações, exames e avaliações, instrumentos e recursos - alguns velhos conhecidos da área 'psi' e da saúde - utilizados historicamente, mais para julgar e controlar, do que para efetivamente cuidar, principalmente quando os adolescentes estão destituídos do poder da fala sobre a sua vida ou condição.

Há uma história de inventários e exames que acontecem em paralelo à vida dos e das adolescentes. Os registros feitos na Fundação Casa, vista como, talvez, o fim da linha, o fim da história de adolescentes que são inventariados e examinados ao longo de sua vida, são apenas uma parte dos documentos que compõem as informações sobre esses jovens. De fato, há os prontuários das escolas, do serviço de saúde; os relatórios sobre a história de suas famílias, da história das violências cometidas; enfim, são muitos os relatos, as escritas sobre ele ou ela. Uma escrita que denuncia a ausência de uma escrita sobre/por si mesmo (a). Em nenhum momento há uma escrita feita pelo adolescente sobre sua própria história. Essa ausência de si é contínua nas relações com as instituições. (...) Algumas análises são possíveis a partir dos formulários e da estrutura montada de registro e de profissionais que têm como objetivo marcar continuamente a vida dos adolescentes em conflito com a lei. (p.60)

Alguns autores apontam como os espaços correccionais, de aplicação de medida socioeducativa estabelecem, na sua dinâmica de trabalho, a relação entre o adolescente que cometeu o ato infracional e a anormalidade ou a doença mental (VICENTIN, 2010a; VICENTIN, 2010b; MONTE et al, 2011; MONTE e SAMPAIO, 2012).

Ao falar do CREAS onde ocorre a operacionalização dos PIAs e acompanhamento da execução das medidas em meio aberto, pode-se citar a grande desafio proposto no trabalho ressaltado por MORAIS E MALFITANO (2014). Este afirma que a política de municipalização dessas ações é muito nova, antes operada pelo Estado; as equipes multiprofissionais que deveriam se organizar para atender os

adolescentes enfrentam a complexidade e dificuldade de se articular com outras redes de atendimento a esse adolescente – saúde, educação e ações de profissionalização – bem como, são atravessadas pelo fato da própria constituição dos CREAS ser uma ação recente que junto com a ampla demanda de atendimento, pode ser um fator comprometedor da qualidade do serviço.

Igualmente (VICENTIN, 2006) destaca que questões pertinentes a formação profissional dessa equipe pode trazer um “olhar psicologizante” sobre o cometimento do delito por parte do adolescente e sua vida e sobre o atendimento deste adolescente. E, que, ao contrário disso, deveria-se investir na ampliação de componentes solidários da vida comum desse adolescente, sem perder a dimensão conflitiva que vivem, a fim de que se possa fazer a crítica acerca do ato cometido.

A pergunta que se faz aqui é se existe a ideia de anormalidade acerca da adolescência de jovens infratores que são inimputáveis pela lei até aos 18 anos de idade e não podem ser apenados pelos delitos cometidos.

É importante refletir sobre um suposto olhar psicologizante em torno dos adolescentes, ou sobre os parâmetros de normalidade que atravessam as ações propostas nos PIAS. Além disso, sobre como o próprio comportamento expresso pelos adolescentes na tentativa de fazer reemitir sua medida, podem funcionar como dificultadores da ação de reinserção social. Por isso questiona-se, qual seria o papel e os discursos que se produzem sobre esse cuidado em saúde mental através dos PIAs dos adolescentes?

VICENTIN et al (2010a) destaca que há diversos indicadores que apontam para o estabelecimento da relação entre a ideia de anormalidade atribuída aos adolescentes em conflito com a lei, que ela descreve como psiquiatriação do adolescente que cometeu ato infracional, sendo o primeiro deles:

(...) o aumento da internação psiquiátrica de adolescentes por mandado judicial (nos hospitais psiquiátricos para adolescentes do Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre), em geral caracterizada por: compulsoriedade; estipulação de prazos para a internação subordinada aos critérios jurídicos; tempo médio de internação superior aos dos demais internos admitidos para outros procedimentos; e acentuada presença de quadros relativos a distúrbios de conduta (p.269).

Outro ponto delicado do que a autora chama de processo de psiquiatriação desse adolescente é o fato do encaminhamento destes jovens autores de ato

infracional com uso abusivo de álcool e drogas ser feito para clínicas fechadas que fazem tratamento com dependentes de álcool e drogas, de forma que

O poder Judiciário passa a aplicar medida socioeducativa em meio aberto junto de determinação de medida protetora com inclusão em programa de tratamento de “toxicômanos”, a ser realizada em casas de recuperação e comunidades terapêuticas que implicam a internação do adolescente” (VICENTIN et al, 2010a, p.269).

Nesse caso o poder judiciário entra em conflito com a lei 10216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A lei postula que, nos atendimentos realizados para essa demanda - incluindo-se o tratamento para uso abusivo de álcool e drogas à pessoa e seus familiares ou responsáveis - estes usuários devam ser tratados em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, ou serviços substitutivos ao manicômio (BRASIL, 2001).

O atendimento integral, singular, aberto e substitutivo ao manicômio não é somente preconizado na Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica, conhecida como lei da Reforma psiquiátrica, mas também na Lei 12594 que cria o SINASE quando solicita que esse adolescente possua um projeto educativo de acompanhamento no serviço - PIA, com avaliações e atendimentos realizados por equipe multidisciplinar e que esse atendimento esteja de acordo com a já mencionada Lei 10216. Mais uma vez a saúde é convocada para se ater, cuidar ou tratar deste adolescente que possui situações de pendência com a lei.

Outro questionamento, também importante e pertinente ao tema, trazido por alguns autores é, se, no caso de jovens usuários de álcool e drogas e encaminhados para clínicas fechadas de recuperação (Comunidades Terapêuticas ou Hospitais) a ordem judicial não está funcionando de maneira dúbia: ora oferecendo uma estratégia de acesso ao sistema de saúde, ora funcionando como uma espécie de punição e como recurso auxiliar de imposição de disciplina aos adolescentes, tal como discutem os trabalhos de VICENTIN et al, 2010a & SEGALIN e TRCINSKI, 2006.

O argumento que reforça essa ideia é a aplicação de práticas de contenção química (com uso de medicamentos psicotrópicos) como forma de controle de adolescentes que cumprem MSE identificadas em estudo recente do Conselho

Federal de Psicologia, em pelo menos quatro estados – Minas Gerais, Paraná, Piauí e no Rio Grande do Sul. Esse fato, na opinião da autora, delineia uma delicada relação entre medidas de proteção e/ou socioeducativas e “demandas” em saúde mental, com os tratamentos (muitas vezes compulsórios) sendo entendidos diferentemente pelas lógicas judiciais e pelas da saúde. Essa relação dúbia apresenta-se nas ocasiões em que a terapêutica tende a se confundir com a “pena” ou quando essa dubiedade acontece ora figurando como tratamento, ora como castigo, principalmente nos casos de uso de drogas (VICENTIN et al, 2010a).

Na ideia de recuperação, descrita acima, está imbricada a de correção, mas também pode estar a de inserção desse adolescente, a de cuidado e/ou atendimento integral de suas necessidades, tal como descrito anteriormente nas diretrizes do plano de atendimento que deve ser feito para o adolescente cumprindo medida socioeducativa.

Na ideia de prestação de contas, compensação e/ou responsabilização na assunção de um ato infracional, está a ideia de correção ou reparação de erros, sobre o que precisa ser repensado ou remodelado. Essa possibilidade está descrita em um dos objetivos do PIA do adolescente.

A atualidade traz essas e outras controvérsias relacionadas ao tratamento em saúde mental que é designado muitas vezes de forma compulsória no cumprimento da medida sócio educativa, um primeiro ou segundo processo de internação, dessa vez em instituições psiquiátricas ou clínicas de tratamento para adolescentes usuários de drogas.

As instituições e/ou dispositivos legais descritos acima (SUAS, SUS e SINASE) que derivam dos grandes emaranhados de assistência supramencionados, são alvos desse trabalho que tem o olhar sobre a produção de práticas clínicas e institucionais em saúde mental e serão abordados a seguir na sua interseção como produtores de cuidado a população adolescente cumprindo MSE.

III. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar as demandas em saúde mental e as práticas institucionais e clínicas geradas nos serviços voltados aos adolescentes cumprindo MSE.

3.2 ESPECÍFICOS

- Analisar as demandas em saúde mental geradas nos serviços voltados aos adolescentes cumprindo MSE.
- Analisar as práticas institucionais e clínicas geradas nos serviços voltados aos adolescentes cumprindo medidas socioeducativas MSE.
- Analisar como são operacionalizadas as demandas, práticas institucionais e clínicas geradas nos serviços voltados aos adolescentes cumprindo medidas socioeducativas MSE.

IV. CENÁRIO POLÍTICO INSTITUCIONAL E LOCUS DA PESQUISA

A presente tese se desenvolveu nas cercanias de instituições implicadas no desenvolvimento do PIA de adolescentes que cumpriam medidas sócio educativas, tais foram, CREAS, Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i), Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e Drogas (CAPS AD) e Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) de um município da região metropolitana de São Paulo.

As instituições supramencionadas atuaram como pontos de cuidado e/ou assistência para os adolescentes em cumprimento de MSE em meio aberto e fechado.

O CREAS, um serviço da rede do SUAS, é a instituição em que o PIA é construído para adolescentes em cumprimento de MSE em meio aberto, na qual os profissionais que ali trabalham dão início a orientação, planejamento e acompanhamento dessas medidas que chegam com o adolescente munido de uma guia de execução encaminhada pelo judiciário para seu cumprimento.

O CAPS i e CAPS AD, serviços de cuidado diário e aberto da rede de saúde mental do SUS, são os lugares para os quais os adolescentes são encaminhados quando há alguma demanda relacionada com saúde mental. Por final, o CRAS, também um serviço da rede do SUAS, entrou na investigação como um serviço de atenção frequentado por um adolescente que teve seu caso estudado na composição de rede para seu atendimento.

A pesquisa percorreu lugares ou pontos de atenção que atenderam adolescentes que cometeram atos infracionais, de acordo com o que preconiza a política do SINASE e a implantação dessa no Município de Osasco.

O município de Osasco, região do extremo oeste da região metropolitana de São Paulo, possui em média 696.382 habitantes, segundo dados de estimativa do IBGE para 2016. Trata-se do sexto município mais populoso do Estado de São Paulo com um índice de desenvolvimento humano municipal considerado alto, de 0,77 em 2010. Sua atividade econômica, considerada importante, se expressa nos ramos do comércio, indústria e serviços, ocupando a posição de 8º maior produto interno bruto - PIB - do Brasil e 2º maior do Estado de São Paulo².

A escolha do município foi feita por conveniência, a partir de um contato prévio com a Diretoria de Proteção Social Especial da Secretaria Municipal de Assistência e Promoção Social da cidade de Osasco.

Após a proposição feita e o aval concedido à pesquisadora para desenvolver o estudo no município, o projeto foi apresentado às coordenadoras e profissionais dos serviços supramencionados. Foi feito o recolhimento, então, dos TCLE de cada profissional participante da pesquisa.

Foram contatados, para o desenvolvimento do estudo, a coordenadora do serviço especializado de proteção social e a coordenadora da saúde mental do

² Dados retirados do site do IBGE: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=353440>

município, sendo essa última, por ocasião da coleta de dados sobre a rede de saúde mental. Além destes, foram contatados a coordenadora do CREAS, para início da investigação e o (a) coordenador (a) dos CAPS do tipo II³, I e CAPS do tipo III⁴, AD, a coordenadora e um profissional do CRAS, um juiz da vara da infância e adolescência da comarca de Osasco, bem como, profissionais que atenderam os casos acompanhados no estudo.

A escolha por conveniência foi feita - além de considerada a importância econômica e populacional do município lócus da pesquisa para o Estado de São Paulo - com base na disponibilidade do lugar de receber a pesquisadora que em vão percorreu anteriormente outros lugares em busca de um espaço que se mostrasse disponível para o intento da pesquisa, incluindo espaços de atendimento socioeducativo em meio fechado na qualidade do que foi descrito acima. Além disso, o município de Osasco havia passado recentemente por reformulações justamente na composição da rede de atendimento socioeducativo, o que se mostrou como um ambiente fértil e rico para desenvolver um projeto de pesquisa em nível de doutoramento.

No ano de 2010 o município passou a assumir integralmente o atendimento socioeducativo em meio aberto, através do serviço de proteção social especial de média complexidade oferecido pelo CREAS (OSASCO, 2012b). Em 2012, ele passou por um processo de assessoria externa que produziu um projeto de atendimento socioeducativo concatenado à sua realidade e, como reflexo disso, foram propostas ações e sugestões desenvolvidas na rede, algumas ainda presentes na realidade do município, outras tendo sido suprimidas.

Pelos motivos expostos, além do fato do município ter mostrado maior abertura para a realização do estudo, considerou-se que esse cenário de pesquisa poderia possibilitar maior riqueza na produção de dados, bem como, no compartilhamento de informações e posterior aproveitamento dos dados de devolutiva da pesquisa.

A escolha do CREAS como ponto de início desse estudo cartográfico se deu, então, pelo fato desta instituição coordenar a política de aplicação da medida sócio

³ De acordo com a portaria 336 de 2002, a tipificação CAPS II se refere ao critério populacional para implantação do serviço e sua relação numérica de responsabilidade por habitante. Nesse caso, o CAPS II atenderia municípios de 70000 a 200000 habitantes.

⁴ De acordo com a portaria 336 de 2002, a tipificação CAPS do tipo III atenderia municípios com mais de 200000 mil habitantes.

educativa em meio aberto e, concomitantemente, a construção e operatividade dos PIAs dos adolescentes nessa condição.

Além da instituição que serviu como ponto de partida para a pesquisa, descrita como CREAS, as outras instituições acessadas como forma de investigar os discursos e práticas em saúde mental, a saber, CAPS i e AD e CRAS, entraram no olhar sobre a composição dos atendimentos desses adolescentes cumprindo medidas sócio educativas.

4.1 A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DO MUNICÍPIO DE OSASCO

A construção da rede de atendimento municipal para MSE em meio aberto em Osasco ocorreu por meio de importantes transformações desde o ano de 2006 com a passagem da responsabilidade da execução e acompanhamento de MSE para o município. Após isso houve a consolidação do atendimento e seguimento de adolescentes em cumprimento de MSE em meio aberto pelo CREAS Sul – que à época da pesquisa iniciava, executava e monitorava o cumprimento das medidas em meio aberto no município.

O CREAS Centro Sul, lócus inicial do estudo, teve como marco para o atendimento de adolescentes que cumpriam medidas sócio educativas a construção de um projeto municipal de atendimento em 2012 para a área a qual

permaneceu sob os cuidados da antiga Fundação Estadual para o Bem Estar do Menor - FEBEM até que, por volta do ano de 2006, sem maior cuidado com a transição, a tarefa foi repassada para o município de Osasco e assumida pelo CREAS (Osasco, 2012a).

O projeto municipal de socioatendimento em MSE teve como principais diretrizes três documentos normativos, tais sejam, o ECA, uma resolução do CONANDA (BRASIL, 2006) sobre parâmetros para institucionalização e fortalecimento do Sistema de garantia dos direitos para infância e adolescência e a lei 12594 que cria o SINASE. Esses documentos foram os norteadores para a construção

de diretrizes e avaliação dos desafios vigentes para que o serviço englobasse a execução das MSE no município.

Cabe destacar que a resolução do CONANDA de 2006 (BRASIL, 2006) reforça o papel do adolescente como ser em situação peculiar de desenvolvimento, assim como, a importância da articulação de todos os sistemas de políticas públicas para a consecução do sistema de garantia de direitos e das políticas que dão vazão ao mesmo, de acordo com o princípio da incompletude institucional e, como finalidade, o acesso dos adolescentes socioeducandos às oportunidades de superação de sua situação de conflito com a lei.

O ECA (BRASIL, 1990) delibera sobre os tipos de medidas e as condições que devem ser parâmetros para cada uma das aplicações, além do resguardo legal dos princípios constitucionais da brevidade, excepcionalidade e respeito a condição peculiar da pessoa em desenvolvimento.

O SINASE (BRASIL, 2012a) fala sobre a estrutura e operacionalidade do sistema sócio educativo, trazendo a ideia de entrelaçamento entre as distintas políticas públicas (saúde) que compõem o sistema de garantia de direitos, bem como, a atenção à lei 10.216 no cuidado à saúde mental, quando necessário, dos adolescentes em MSE. Além disso, no que se refere ao cuidado em saúde refere o trabalho de promoção de saúde mental dentre as ações envolvidas no atendimento ao adolescente.

O projeto municipal de atendimento socioeducativo do município de Osasco, bem como o projeto técnico pedagógico discutem os desafios de implementação do sistema socioeducativo diante das singularidades do município e dentre as que particularmente se destacam, estariam: a transição do modelo de responsabilidade de maneira ligeira com incipiente transferência de tecnologia, metodologias e práticas, e/ou a necessidade de formação continuada para os profissionais que estavam a frente dos serviços que acolheriam os adolescentes em MSE (OSASCO, 2012a; OSASCO, 2012b).

No diagnóstico feito pelo referido projeto, à ocasião de sua implantação, mapeou-se os serviços e instituições que poderiam ser usados na composição de uma rede de atendimento dos adolescentes, assim como, as principais representações dos adolescentes, familiares e profissionais sobre os programas de meio aberto e os

principais desafios a serem superados no atendimento preterido no município de Osasco (OSASCO, 2012b).

Dentre as principais representações descritas no projeto pelos serviços que operavam as MSE em meio aberto, dentre eles o CREAS, foram citadas: o desconhecimento por parte do adolescente de sua situação processual, qual a finalidade e impacto que ela teria em sua vida; as dificuldades de interlocução dos adolescentes com o serviço que executavam a medida; o distanciamento significativo por parte dos pais no acompanhamento dos filhos com cumprimento das MSE e, uma possível dificuldade de se responsabilizar por suas atividades parentais; dificuldade de interlocução dos pais com o serviços na obrigatoriedade de comparecimento as atividades realizadas e, um sentimento de que eram reculpabilizados pelos atos infracionais cometidos pelos seus filhos; sugestão, por parte dos pais, de que houvesse tratamento psiquiátrico e internação como um mediador para a vontade dos filhos de usar drogas; dificuldades relatadas na falta de comunicação entre os técnicos dos serviços e trabalhadores de outros pontos da rede e, relato de que as reuniões sobre os casos seriam espaços privilegiados de elaboração de estratégias de atendimento e discussão, mas que era difícil implementar essa atividade na rotina da unidade, devido ao grau de comprometimento das horas de trabalho em outras atividades (OSASCO, 2012b).

A proposta de projeto institucional municipal e de outro, técnico pedagógico, circunscrito principalmente à realidade do CREAS, lócus inicial desse estudo, se configura com alguns desafios a serem superados diante desse cenário de representações e de situações de singularidade, dentre elas, principalmente a de entender a questão da criminalidade como um fenômeno complexo que reclama um abordagem multidisciplinar e compreensão de múltiplos significados sociais e pessoais atrelados ao conflito penal (OSASCO, 2012b). Além dessas, considerar outras condições apontadas, por exemplo, nos levantamentos relacionados a área socioeducativa.

Dados de um levantamento nacional do SINASE (BRASILIA, 2012) apontam que o Estado de São Paulo contribui em dados absolutos com o crescimento de 72% da taxa de internação de adolescentes no quantitativo nacional. Entretanto, quando se fala em MSE em meio aberto, os dados se apresentam de maneira inexistente ou parcial (nem todos os Estados enviaram os dados da pesquisa). Os dados

consolidados mostram que existe uma diferença de 5,79% dos adolescentes que não estavam cumprindo as MSE que deveriam, interpretados como descumprimento. Isso evidencia que se necessita de um sistema de informação capaz de produzir dados mais realistas e um processo de acompanhamento e monitoramento da situação do adolescente em MSE mais adequado.

Ainda segundo esse documento, o Serviço de Proteção Social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa foi designado como serviço de responsabilidade do CREAS (CNAS, 2009), instituição que tem um papel estratégico e também bastante amplo, pois acaba por cingir grande parte da demanda dos processos de adolescentes que chegam. Esse trabalho se dá através de espaços de acolhimento, orientação e acompanhamento e depende da capacidade do serviço de desenvolver capilaridade com outros serviços, inclusive com a residência dos adolescentes em MSE. Essa sistemática de trabalho pressupõe uma condição de trabalho bastante laboriosa e robusta para o CREAS.

Por consequência, o CREAS deveria assumir as questões relacionadas aos desafios propostos e reconhecimento da demanda feito pelo projeto institucional municipal para concretizar uma proposta de trabalho com os adolescentes com pertinência às necessidades do município.

Para tal, o projeto desenhou algumas linhas de atuação a que se chamou, destaques metodológicos da proposta, designados como: postura inclusiva – prática que promovesse acolhimento, abertura do serviço e facilitação do acesso ao adolescente diante de qualquer ordenamento interno proposto - , planejamento do trabalho focado na construção participativa do PIA, ancoragem – trabalhar e buscar os laços significativos para o adolescente - e, atenção às necessidades individuais dos adolescentes (OSASCO, 2012b).

Segundo relato dos profissionais participantes da pesquisa o serviço já passou por alguns arranjos profissionais desde a implantação do projeto, alguns mais merecedores de destaque e aprovação por parte deles, como o caso da agregação de técnicos no serviço que faziam pares com os profissionais e, com isso, permitiam que se fizessem abordagens de rua para acompanhar, visitar outros espaços de ocupação e monitorar o andamento dos casos, além de discutir as estratégias de atuação com os profissionais do CREAS. Esse formato foi desfeito pela descontinuidade do projeto que arrolava e remunerava os técnicos ao serviço.

Dessa forma, o CREAS tem hoje uma estrutura profissional bem comprimida, que às vezes, com a chegada de casos, fica excedida em relação ao que sugere o documento do CONANDA de 2006 e a lei do SINASE 2012 para a relação de técnicos x usuários atendidos (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012a).

Os adolescentes recebidos no CREAS são encaminhados através da Vara da Infância e Juventude de Osasco que ajuíza a MSE do adolescente e envia a guia de execução dessa para o CREAS convocar o adolescente e iniciar o atendimento. Esse é acompanhado na instituição até que se encerre a MSE quando o processo deve retornar à vara para ser finalizado.

Os CAPS i e AD - serviços que se ocupam do atendimento de demandas em saúde mental de adolescentes cumprindo MSE - surgem no município de Osasco há menos de 10 anos, a partir da tentativa de construção de uma política e rede psicossocial de atendimento de pessoas em sofrimento psíquico e fazem parte da rede de proteção ao sistema de garantia dos adolescentes (CONANDA, 2006), bem como, da rede de cuidado que esse estudo toma como foco.

4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO: OS PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DA REDE DO SISTEMA SOCIO EDUCATIVO

Participaram do estudo uma gestora da rede de saúde mental, um profissional de nível superior da Vara da Infância e Adolescência, **seis** profissionais de nível médio e superior e **uma** estagiária dos serviços básico e especializado de proteção social e **quatro** profissionais do serviço de assistência diária e aberta em saúde mental para usuários de álcool e drogas do município. Isso totalizou **13 participantes**.

Cabe ressaltar então que os profissionais e suas práticas foram os alvos e a abertura através da qual foi se fazendo aproximações com os discursos e práticas em saúde mental nos PIAS dos adolescentes no campo pesquisado. Os olhares, discursos, dizeres e práticas sobre esses adolescentes e a construção e operacionalização das demandas de cuidado em saúde mental no PIA foram o recorte de análise desse estudo.

O serviço que serviu de locus inicial para a pesquisa, CREAS, era constituído por profissionais que trabalhavam em demandas específicas. A equipe se dividia entre dois públicos: de um lado, pessoas que tiveram os direitos violados e, de outro lado, os adolescentes que cumpriam medidas sócio educativas, sendo esses últimos, alvo do estudo.

No total havia uma equipe de seis profissionais de nível superior, para atender o caso dos adolescentes em cumprimento de medidas, sendo três profissionais de manhã e três no período da tarde, mais uma estagiária que também trabalhava na área. Desse total acordaram participar da pesquisa, quatro (04) profissionais de nível superior, mais uma (01) estagiária, além de um (01) profissional de nível médio, que não era exclusivo da equipe técnica.

Ao chegar ao CREAS foi feita uma reunião para apresentação das características do projeto e composição de um grupo de discussão (GD) – item 5.2 - que tivesse como objetivo inicial conhecer o trabalho feito por essa equipe com os adolescentes. Em seguida deveria ser escolhido um caso que serviria como traço⁵ para iniciar as discussões específicas sobre o PIA deste. Após a escolha do caso, a discussão ocorreu primeiramente em grupo e em seguida de forma individual, com outros profissionais que o atenderam sob a demanda do cuidado em saúde mental.

Após a primeira reunião para a apresentação e discussão dos projetos e concomitante ao início dos GDs nesse estabelecimento, foi entregue um formulário de caracterização aos profissionais dessa instituição por meio do qual foi possível obter as seguintes informações sobre os profissionais participantes da pesquisa.

No CREAS, dos cinco questionários entregues, quatro foram devolvidos. Eles constavam de uma (01) psicóloga e três (03) assistentes sociais que tinham um tempo de formação que variava entre 9 a 26 anos. As áreas em que eles possuíam pós-graduação variava igualmente, tendo sido citadas as especializações lato sensu em psicologia hospitalar e dependência química, educação em saúde pública, administração hospitalar e recursos humanos.

Dentre as participantes, duas (02) tinham trabalhado anteriormente com medidas sócio educativas, na Fundação CASA e no serviço de acolhimento do

⁵ A palavra traço está relacionada a concepção de caso traçador, utilizado na dissertação de mestrado de BASTOS (2013) que pressupõe um caminho, emaranhado ou rede que determinado caso pressupõe em sua volta. A diferença desse estudo se dá pelo fato de que ele focaliza as práticas e discursos profissionais sobre o atendimento feito ou sobre o caso traçado abordado no estudo.

município, enquanto as outras duas (02) não. E, dentre essas, seu tempo de serviço no CREAS variava entre 8 meses e 9 anos de trabalho.

Outros profissionais supramencionados que também fizeram parte da pesquisa pertenciam aos Centros de Atenção Psicossocial do tipo AD que trabalhavam no cuidado em saúde mental relacionados com os adolescentes em cumprimento de MSE em meio aberto e fechado. Nesse estabelecimento também foram entregues formulários de caracterização dos profissionais (ANEXO 01).

Um dos casos de adolescentes seguidos na pesquisa, com MSE em meio aberto, foi encaminhado ao CAPS AD pelos profissionais do CREAS e pela Vara de Família do Município. O outro caso, com MSE de internação, foi encontrado no CAPS e, posteriormente encaminhado pelos profissionais do CAPS AD para o CRAS.

No CAPS AD três profissionais participaram do GD, mas a totalidade dos participantes foi entrevistada, ou seja, 05 profissionais. Somente três dos cinco profissionais devolveram o formulário de caracterização entregue pela pesquisadora. Dentre eles, uma (01) Psiquiatra, uma (01) Terapeuta Ocupacional – TO e uma (01) Técnica de enfermagem.

Nessas outras instituições em que a pesquisadora esteve, como CAPS AD e CRAS, o cenário de formação, experiência e serviço também se mostrou variado, mas tendo comumente ao que foi observado no CREAS, a especificidade de trabalho com dependência química ou cursos que abordavam o uso problemático de álcool e drogas.

O tempo de formação dos profissionais nesse estabelecimento variou entre 5 a 32 anos, enquanto a formação em nível de pós-graduação lato sensu trazia a especificidade da temática do atendimento ao uso problemático de álcool e drogas, incluindo o crack, aprimoramento na área da saúde mental, bem como, lato sensu em outras áreas como administração de recursos humanos. Duas pessoas dentre as que entregaram o formulário, já haviam trabalhado com a problemática de álcool e drogas e na área da infância e adolescência, sendo uma na Unidade Básica de Saúde e outra em uma autarquia da prefeitura, o Instituto de Previdência Social. Uma profissional do grupo declarou que já havia trabalhado com emergência psiquiátrica. E dentre o grupo estudado, os profissionais declararam possuir entre 8 e 22 anos de trabalho na prefeitura do município.

A maior parte dos funcionários dos dois tipos de instituições entrou através de concurso público na prefeitura, alguns tendo ido trabalhar inicialmente nas instituições participantes do estudo e outros, tendo ido trabalhar em outros lugares antes das instituições sob foco do estudo.

Participou do estudo também, na qualidade de entrevistado, um (01) profissional do Centro de Referência em assistência Social – CRAS – que esteve envolvido com o atendimento de um adolescente em cumprimento de medida em meio fechado.

Sobre as informações que esse profissional respondeu no formulário de caracterização, obtivemos os seguintes dados: ele possui formação em área bastante distinta dos outros profissionais, a de produção audiovisual e possuía menor tempo de formado também em sua profissão, no caso, três anos. Esse profissional exercia a função de educador social no CRAS e afirma que nunca havia trabalhado anteriormente em instituição do gênero. No entanto, declarou que já possuía experiência no trabalho com infância e adolescência acrescido de problemas com o uso de álcool e drogas pois foi líder escoteiro e uma das ramificações de seu trabalho era a inserção de adolescentes com problemas de álcool e drogas. Além disso, aponta que os trabalhos que desenvolvia no CRAS - grafite, Role Playing Game (RPG) e outras oficinas – tinham uma qualidade de inserção no coletivo, como o grafite que ele afirma ser “uma expressão do coletivo”.

O educador do CRAS entrou no serviço por meio de um projeto de trabalho aprovado e trabalha atualmente em outros três CRAS.

Destaca-se que o encaminhamento do adolescente para o serviço CRAS foi feito mediante um pedido do próprio adolescente que declarou seu desejo de poder frequentar um grupo com outros adolescentes. Esse adolescente, cumpria medida socioeducativa em meio fechado e era trazido da FCASA para o atendimento no CAPS e lá participava de um grupo composto por ele e por mais duas terapeutas.

O motivo pelo qual o adolescente participava de um grupo externo a sua internação e composto somente por ele, foi explicado pelos profissionais com base nas diretrizes do ECA que salvaguarda as seguintes situações para atendimento do adolescente que cometeu ato infracional em situação de internação.

Em primeiro lugar, a possibilidade dele realizar atividades externas à internação, a critério de encaminhamento da equipe técnica da unidade FCASA no caso do Estado de São Paulo, salvo expressa determinação judicial ao contrário⁶.

E, em segundo lugar, o seguimento de critérios físicos descritos como obrigatórios para atender esses adolescentes em situação de internação, tais sejam, cumprimento desta em entidade exclusiva para adolescentes, obedecida rigorosa separação por critérios de faixa etária, dentre outros⁷.

Por esse fato, o adolescente atendido no CAPS AD não circulava em alguns espaços ou frequentava grupos que tivessem pacientes adultos incluídos, restando para si um grupo constituído por si e por mais dois profissionais.

A diretriz da exclusividade de atendimento e separação por faixa etária do adolescente também é reforçada pela legislação que institui a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁸, bem como a portaria que redefine o CAPS do tipo III⁹.

Outro profissional contatado, em anexo 07, a título de conhecimento acerca do processo de impetração da medida socioeducativa, possuía nível superior e trabalhava na vara da infância e adolescência. Para esse profissional não foi entregue formulário de caracterização visto que a entrevista com ele teve o caráter de conhecimento do trabalho da vara da infância no ajuizamento da medida e encaminhamento desta para o CREAS, não diretamente alvo desse estudo.

⁶ 1990. Parágrafo 1 do artigo 121, do ECA.

⁷ 1990. Artigo 123 do ECA.

⁸ 2011. Portaria 3088, na descrição dos serviços CAPS AD, CAPS AD III e CAPS i.

⁹ 2012. Portaria 130, no artigo III e parágrafo único.

V. PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO, INSTRUMENTOS E CAMINHOS TRILHADOS

Para a composição desse estudo foram usadas uma conjunção de técnicas para compor o cenário de discursos e práticas em saúde mental acerca do PIA dos adolescentes em cumprimento de medidas sócio educativas. Dentre as técnicas utilizadas temos, o GD explicitado no item 5.2, a entrevista semiestruturada, exposta no item 5.3 e a observação participante no item 5.4.

A literatura discute o quão produtivo pode ser para um estudo qualitativo a possibilidade de triangular o uso de técnicas de investigação, combinando-as, a fim de se obter maior riqueza de informações sobre o objeto de estudo investigado (MINAYO et al, 2005; MINAYO, 2007); possibilitando a atribuição de significados aos fenômenos estudados e o diálogo dialético entre os dados empíricos, o referencial teórico usado e a conjuntura de dado cenário (MARCONDES e BRISOLA, 2014).

Nesse caso a triangulação está sob a perspectiva de compor o que se denomina cartografia ou um mapa do que se entende como os discursos e as práticas relacionadas com a saúde mental preconizada nos PIAS dos adolescentes, tendo como guia os traços de casos de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas que foram discutidos em grupo ou os quais a pesquisadora encontrou no campo de estudo.

Ao final, essa gama de técnicas e recursos possibilitou fazer uma composição acerca das ações e discursos em saúde mental nos PIA dos adolescentes, tal como descreve MERHY & FRANCO (2005) na sua ideia de trabalho em ato. Essa composição também mostrou, tal como hipótese da pesquisadora, como a saúde mental se ateve e/ou foi convocada para fazer parte do espaço de construção e operatividade dos PIAs e da vida desses adolescentes em conflito com a lei.

A pesquisa foi dividida em duas fases. A primeira, que durou seis meses (setembro 2015 a março de 2016), se deu desde a entrada da pesquisadora em campo, até a escolha do caso traço a ser acompanhado. A segunda fase, durou três meses (abril a junho de 2016) e teve como início o seguimento do traço do primeiro caso para o CAPS, o achado do segundo caso e o seu seguimento para o CRAS. O

campo de pesquisa teve a duração total de 09 meses, ou 10 meses corridos, excetuando-se o mês de dezembro de 2015.

5.1 SOBRE CARTOGRAFIA E O MÉTODO CARTOGRÁFICO

Para a consecução da pesquisa se utilizou de alguns conceitos relacionados com a cartografia de Deleuze (ROLNIK, 1999; DELEUZE e GUATTARI, 1995; DELEUZE, 1996) ou que se define como método cartográfico (PASSOS, KASTRUP & ESCOSSIA, 2009) e outros conceitos como, rizoma, territórios existenciais, agenciamentos, linhas de composição e desejo – (des)(re)territorialização - (DELEUZE & GUATTARI, 1995; VIEIRA, 2000; KIRST ET AL, 2003; DELEUZE & GUATTARI, 2004; FEUERWERKER, 2012) a fim de compor o cenário dos discursos e ações em saúde mental presentes nos PIAs dos adolescentes.

Partiu-se do pressuposto que havia projetos ou ações de cunho assistencial, terapêutico e/ou de cuidado em saúde mental, pedagógico ou social, sendo desenvolvidos com o adolescente por ocasião da construção e proposição de um PIA dos adolescentes nas instituições que seriam alvo desse estudo.

Não de forma secundária, tentando imergir no universo das práticas constituídas nos serviços, o estudo propiciou uma viagem pela trajetória de produção e operatividade dos PIAs dos adolescentes.

A escolha dos casos para serem discutidos em grupo visava captar as falas e movimentos processados pelos profissionais de distintas instituições em torno deles, bem como, as concepções e os olhares que os profissionais narraram sobre as adolescências que eram usuárias dos serviços.

Em consonância a isso, a escolha dos processos e métodos que regeram a pesquisa, tais sejam, a escolha dos casos feita pelos profissionais ao longo das discussões em grupo; a revalidação das narrativas feitas através de devolutivas escritas pela pesquisadora e lidas nos GDs seguintes, juntamente com a utilização de três técnicas de investigação - GD, entrevistas e observação participante - tentou se aproximar ao máximo da composição final que se pretendia alcançar, denominada cartografia.

Para MERHY (2004) tomar a produção do conhecimento na perspectiva da complexidade de ações exige a construção da investigação em ato, que se dá in-mundo, na invasão e na vazão do sujeito/objeto implicado ao sujeito epistêmico. A narrativa e revalidação das falas, por exemplo, produzia um movimento permanente de atravessamentos, nos territórios que se formavam, deformavam e se transformavam durante a investigação. Os instrumentos e seus entrecruzamentos serviram para potencializar isso.

Deleuze então discute os conceitos de desterritorialização e reterritorialização. O movimento da desterritorialização é justamente a ação de forças que deforma um determinado saber ou pensamento já vigente. São forças sociais que atuam para destituir algo que preenche um dado espaço simbólico, sentimentos, pensamentos e outros processos de apreensão sobre o mundo, que são esvaziados para dar lugar a outros; territórios que são abandonados ou esvaziados, produções de linhas de fuga (DELEUZE & GUATTARI, 1995); territórios que vão perdendo a força do encantamento (ROLNIK, 1999).

Por outro lado, o movimento de reconstituição desse espaço denomina-se reterritorialização; ou a ação descrita acima de recomposição ou transformação que acontece num determinado espaço. São as readaptações a novas ressignificações e configurações, ou, a composição de um novo mundo, concatenado com novas figuras, linhas e fluxos de desejos (ROLNIK, 1999); ou a composição de novos territórios e fluxo de desejos (DELEUZE & GUATTARI, 1995).

Esses conceitos partem da ideia de território, ou territorialização, dentro do que se convencionou chamar de geografia dos afetos, para além de sua dimensão conceitual (EDUARDO, 2006; HAESBERT, 2006), como um conceito que poderia produzir respostas em torno das relações que as pessoas estabelecem entre si e seus espaços de vida. É também descrito como os espaços que as pessoas ocupam, os fluxos de desejos, tensões e disputas que cabem neles, bem como, os pensamentos e simbologias que o materializam ou exprimem de alguma forma; ou como, outras intensidades que se definem (ROLNIK, 1999).

A ideia de observar e se imiscuir nos movimentos de (des)(re)territorialização produzidos pelo estudo atesta para a delimitação de territórios existenciais produzidos nele, territórios enquanto espaços vividos, sistemas percebidos, subjetivados, que irão produzir algum tipo de investimento em situações de tempo e espaço sociais,

culturais, estéticos e cognitivos. Um lugar que seria preenchido e produziria um campo de pesquisa pelo uso que se fizesse dele.

Sobre a composição das narrativas abordadas objetivava-se, então, captar as tensões, acomodações, processos de reflexão dos trabalhadores, ou aquilo que MERHY (2004) define como autopoiese do trabalho, ou a capacidade que o trabalho tem de produzir a si próprio. O autor se refere a essa composição em metodologias de estudo utilizadas na área da saúde e ela foi tomada pela pesquisadora para este.

A composição de uma cartografia, é retomada no estudo como orientação metodológica porque, nos termos do que define DELEUZE & GUATTARI (1995) ela serve para captar a realidade imbricada e em constante transformação na condição de um trabalho complexo, tal como, o relacionado com a rede de proteção e garantia de direitos a infância e adolescência. Ela busca em diferentes territórios especificidades necessárias para compor uma dimensão dinâmica do que se estuda.

Segundo ROLNIK (1989) ela é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que os movimentos de transformação da paisagem.

Para KIRST ET AL (2003) cartografar significa navegar entre paisagens, capturar intensidades em que se registrem os encontros e, não os objetos de pesquisa.

A singularidade do cuidado produzida nas práticas clínicas e institucionais em saúde mental geradas nos serviços, nesse caso, foco de investigação do estudo seria mais bem capturada, na opção teórica da pesquisadora, através de uma lente que reconstruísse a paisagem, nos seus efeitos de produção.

ANDRADE & ROMAGNOLI (2010) também destacam como a composição de estudos que se fez, entrevistas e observação participante é importante para cartografar os efeitos dos encontros produzidos em espaço de pesquisa.

Outras linhas de sustentação que utilizam a cartografia como metodologia defendem que ela é capaz de desvelar a operatividade de práticas de acompanhamento de processos inventivos e de produção de subjetividades; que ela é uma técnica propícia a acompanhar processos de produção, conexão de redes ou rizomas, onde a precisão da técnica ou do foco está mais próxima dos movimentos da vida (PASSOS, ESCOCIA & KASTRUP, 2009).

Para Deleuze a cartografia também pode ser vislumbrada como condição para que haja o que ele define como rizoma, ou a visão de multiplicidade sobre um

determinado campo, pois o rizoma é um sistema aberto que não possui um único ponto de entrada e saída. Ele é acentrado o que quer dizer que pode fazer conexão em qualquer ponto e cada um dos seus traços não refletem processos de uma mesma natureza (DELEUZE & GUATTARI, 1995).

Para a pesquisadora, o rizoma serviu como lente, em uma visão rizomática ou na atitude de investigar qualquer ponto de conexão entre profissionais e usuários e de profissionais entre si como possível ponto de cuidado; e ainda, do sistema como um rizoma, um lugar que pode sugerir conexões, desconexões e reconexões em qualquer ponto.

A cartografia, então, é descrita como um princípio de constituição do rizoma, visto que ela não é decalque e sim mapa e um rizoma como um sistema aberto não poder ser decalquado, ele deve ser construído, o mapa “não reproduz o inconsciente, ele o constrói” (DELEUZE & GUATTARI, 1995, p.30) e a pesquisadora faz parte dessa construção.

Um rizoma contribui para o estabelecimento de conexões de maneira livre, para a abertura máxima para um determinado plano de consistência, o campo de estudo, para outras possibilidades de desmonte e reversão do sistema passíveis de ser discutidas e refeitas no mapa (DELEUZE E GUATTARI, 1995).

Nesse ínterim, cabe trazer mais dois conceitos relacionados com a teoria Deleuziana, o de agenciamento e de linhas de segmentariedade.

A produção de subjetividade – nos adolescentes e nas práticas produzidas nos serviços – na discussão e revisitação do trabalho dos profissionais dessas instituições são processualidades agenciadas por linhas de segmentariedade de diversas ordens. Os rizomas são constituídos de linhas de segmentariedade.

As linhas que compõem o rizoma são definidas como de três tipos: linhas duras, ou os moldes que possuímos e dificilmente conseguimos mover (DELEUZE e PARNET, 1998); que se revela nas relações instituídas, criando sentidos estáticos sobre a realidade e anulando a sua possibilidade de ressignificação (FEUERWERKER, 2012); linhas moleculares, que tem maior flexibilidade e podem fazer pequenas modificações e desvios em sua trajetória (DELEUZE e PARNET, 1998); onde se podem observar tanto relações binárias, quantos movimentos de desterritorialização e reterritorialização (FEUERWERKER, 2012) e; no encontro dessas duas linhas, a composição de uma terceira definida como linha de fuga, onde

se dá o plano instituinte da ação, da invenção (FEUERWERKER, 2012); onde ocorre maior imanência, mas também maior produção de inventividade (DELEUZE e PARNET, 1998); o que faz mudar a direção de uma determinada ação, corriqueiramente ocorrendo dentro de um molde predeterminado ou continuado.

As linhas de segmentariedade compõem o rizoma e, tal como descrito por BASTOS (2013), a direção metodológica e teórica desse estudo também atende ao objetivo de discutir a forma como elas operam as forças ou posições em disputa no campo de pesquisa.

Os processos de agenciamento e de desejo são forças que operam nesse sistema-olhar-rizoma, elas possuem segundo Deleuze uma lógica diferenciada da estratificação.

A produção de subjetividade é habitada por esses estratos ou linhas de segmentariedade duras e de outros tipos e quando somos formatados em estratos e territórios, isso compõe nossa identidade.

Os agenciamentos são então processos que atravessam a formação desses estratos e nos fazem habitar uma estranheza de afetos que nos levam a produção do inédito e a sustentação e diferenças singulares (ANDRADE & ROMAGNOLI, 2010).

Os agenciamentos são interferências, descontinuidades e capturas que acontecem em conexões de poder relacionadas e sobrepostas através de estratos e linhas de segmentariedade, que mudam o sentido de ação de uma determinada linha, ou atuam na produção de linhas de fuga.

O conceito de desejo, sob a perspectiva deleuziana é algo que se produz na ideia de agenciamento descrito acima. Para entender o conceito de desejo em Deleuze, precisamos discutir algumas questões pertinentes ao mesmo.

Primeiro, o fato dele ser uma ação coletiva, pois para Deleuze não se deseja sozinho, sempre se deseja um todo. As pessoas desejam alguma coisa com alguém. Para ele não é possível desejar um objeto ou uma pessoa de maneira pontual, desejamos juntamente com um objeto um cenário, uma posição de vida, uma situação social que venha acompanhada daquele ícone desejado (DELEUZE, 1988).

Segundo, o fato do desejo ter algo de revolucionário em contraposição às instituições, inclusive psicanalíticas, na medida em que, para Deleuze, “desejar é construir um agenciamento, construir um conjunto” (DELEUZE, 1988). Os investimentos do desejo são vistos como determinantes – seja no aspecto econômico,

inconsciente, numa palavra, na política – nos fazendo pensar no poder gerado a partir dele como algo difuso no social (VIEIRA, 2000).

Para DELEUZE & GUATTARI (2004) o desejo é revolucionário porque produz a diferença em si mesma, somos máquinas desejantes, capazes de se produzir cortes e interrupções em processos de estratificação.

Terceiro, o fato do desejo para Deleuze significar produção de algo em contraposição a ideia de desejo individualizado como falta, incompletude, como fraqueza que torna os homens mais servís e enfraquecidos; desejo definido como carência que anseia por uma completude (TRINDADE). O desejo produção é um conjunto de sínteses passivas que se conectam à objetos parciais, fluxos e corpos e que funcionam como unidade de produção (DELEUZE & GUATTARI, 1988).

A importância da inserção do conceito de desejo nessa composição é a possibilidade de analisar os desejos atinentes aos profissionais e adolescentes na consecução das MSE. Essa possibilidade vem acompanhada do pressuposto da autora de que o desejo é sempre produção de algo. Ele é agenciamento que produz situações de poder entre as duas partes. Ele está intrinsecamente relacionado com os distintos significados nas facetas da consecução das MSE, cumprimento, descumprimento e outras formas de agenciamento.

Por fim, essa composição teórico-metodológica produzirá um mapa de como se dão as práticas institucionais e clínicas relacionadas com a saúde mental produzidas nos serviços, tomando por base os conceitos descritos acima. Ela explicitará como essas práticas fazem parte do espaço de construção e operatividade dos PIAs na ação dos profissionais e no cuidado aos adolescentes que atendem.

5.2 GRUPOS DE DISCUSSÃO - GDs

Os GDs aconteceram nas duas fases da pesquisa descritas acima no CREAS e na instituição CAPS. No entanto, um dos primeiros momentos de composição e encontro dos *à priori*s da pesquisadora, seu objeto de estudo e afetações se deu após ela ter apresentado o projeto de sua tese e dela então ter conseguido organizar um horário e um quantitativo de profissionais para fazer um GD primeiramente no CREAS.

Esse GD teve como objetivo construir um cenário de discussão em torno das ações e discursos relacionados a saúde mental dos adolescentes em cumprimento de medida sócio educativa sob o olhar dos profissionais que atendiam esses adolescentes no CREAS. Além disso, objetivava-se escolher os casos que serviriam como traço para a investigação de como outros profissionais/ instituições atendiam a demanda em saúde mental dos PIAS dos adolescentes.

Os GDs versaram sobre os seguintes temas: trabalho no CREAS, a construção dos PIAS, as demandas em saúde mental recebidas na instituição, o tipo de atendimento prestado pelo serviço aos adolescentes e o encaminhamento/ cuidado/ atendimento e o acompanhamento das demandas em saúde mental, bem como, das concepções e práticas operadas nos projetos de acompanhamento do adolescente.

Foram realizadas 16 sessões de discussão em grupo com os profissionais que trabalhavam no serviço especializado de proteção social e entrevistas com profissionais de outros setores e instituições implicadas com a construção e operatividade do PIAS dos adolescentes em cumprimento de medida sócio educativa.

Os GDs foram gravados e transcritos.

As sessões de grupo incluíram uma narrativa¹⁰, como um resumo do que foi discutido no grupo anterior lido antes do início de cada reunião. O objetivo dessa atividade era fazer com que os participantes opinassem sobre as observações e impressões da pesquisadora, bem como, validassem os dados apresentados ou pudessem acrescentar algo que achassem devido.

O GD prosseguiu no CREAS até a escolha dos casos a serem acompanhados pela pesquisa. Ao longo dos momentos de grupo a pesquisadora construiu um vínculo com os participantes da pesquisa e obteve maior inserção no campo de pesquisa para negociar quais seriam os casos possíveis a serem seguidos.

A escolha dos casos também sofreu uma série de adversidades pelo fato dos atendimentos dos adolescentes serem descontinuados, ou porque os adolescentes quebravam as medidas, a descumpriam ou deixavam de vir nos atendimentos no CREAS.

¹⁰ A proposição da apresentação da narrativa a ser revalidada inspirou-se na proposta de ONOCKO (1998) em dissertação e mestrado. ONOCKO, R.T. O planejamento no Divã: ou análise de uma ferramenta na gênese de uma mudança institucional (o caso do Cândido Ferreira/Campinas/SP). Campinas. São Paulo: UNICAMP, 1998. Dissertação (mestrado em saúde coletiva), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, 1998.

Outro fato observado foi a dúvida dos profissionais para saber se determinado caso tinha adquirido certa consistência para ser trazido às discussões.

Ao longo dos seis (06) meses, excetuando-se o recesso de final de ano, alguns casos foram citados, tendo permanecido para o pesquisador como traço o caso de um adolescente que tinha sintomas psicóticos acompanhado do uso de álcool e drogas.

Ao que parece o critério usado para a escolha, ou a dificuldade presente nesta, também esteve vinculada ao fato da caracterização unívoca do que seria um caso de saúde mental; no fato desse caso ter sido atendido por uma equipe dentro e fora do CREAS; na impossibilidade de alguns casos cogitados não terem ficado no CREAS, por descumprimento da medida ou por não terem dado continuidade ao atendimento na rede de saúde mental. Os dois últimos fatos, muito comum de ocorrer.

Os projetos ou ações de cunho assistencial, terapêutico e/ou de cuidado em saúde mental, pedagógico ou social propostos e desenvolvidos com os adolescentes e o seguimento destas na rede de saúde mental, serviram de base para a escolha dos casos estudados nesse estudo, assim como a opinião e justificativa dos profissionais sobre essa escolha nas discussões grupais.

O seguimento do caso traço teve como base as práticas que os profissionais construíram, cujos olhares sobre tais práticas compuseram em última instância o objeto da investigação.

Não de forma complementar, a proposição da realização de grupos com os profissionais, teve como objetivo desvelar a fala coletiva e, por hipótese da pesquisadora, refletida sobre demandas, práticas institucionais e clínicas em saúde mental presentes na consecução dos PIA escolhidos, na orientação dada por parte dos profissionais e/ou acompanhamento dos casos em outras instituições.

No CREAS e nas outras instituições, não foi possível encontrar um número razoavelmente grande de profissionais atendendo adolescentes vinculados pela MSE, tampouco reunir as duas instituições para uma conversa coletiva. Em alguns desses lugares o adolescente havia sido atendido por um quantitativo de um (1) até no máximo quatro (4) profissionais, o que impossibilitou uma abordagem de investigação coletiva. Dessa forma o quantitativo de profissionais citado acima não justificava a composição de um grupo focal, como tradicionalmente proposto pela literatura (TANAKA e MELO, 2004; BACKES et al, 2011 & CARLINI-COTRIM, 1996) com mediador, observador e outras características. Esse fato serviu de critério para o uso

da técnica de GD nas duas instituições em que foi possível construir um espaço coletivo de discussão.

Sobre a técnica de GD, WELLER (2006) destaca algumas características consideradas importantes: ela visa a obtenção de dados que permitem a análise do meio social dos entrevistados, suas visões de mundo ou representações coletivas; existe o pressuposto de que as falas trazidas pelo grupo não são resultados de uma conformação ou de influência ocorrida no momento do ajuntamento de pessoas, tendo como pano de fundo a pesquisa, mas, uma atualização ou as orientações coletivas do grupo social do qual o participante da pesquisa já fazia parte; o pesquisador tem em suas mãos uma ferramenta que lhe permite o acesso e a reconstrução tanto de diferentes meios sociais, quanto do que se denomina de *habitus* coletivo do grupo.

MANGOLD (1960, citado por WELLER, 2006) também destaca o uso da técnica dos GDs uma vez que afirma que o grupo não é a soma de opiniões individuais, mas o produto de interações coletivas e que, mesmo as falas individuais representam um produto de interação mútua podendo se cristalizar em totalidades de posições verbais e não verbais.

A primeira fase do estudo, que durou seis meses, findou-se com a segunda fase do estudo quando houve a escolha do caso a ser acompanhado no serviço em que se iniciou a pesquisa, até o término do deslocamento da pesquisadora para outros espaços, a fim de reunir e/ou entrevistar outros profissionais implicados em um dos casos escolhidos. A segunda fase durou aproximadamente três meses.

Durante a estada em um dos serviços, o de atendimento especializado e aberto em saúde mental, foi feita a proposição da pesquisadora para acompanhamento do caso de um adolescente que estava sendo atendido no local e, em cumprimento de medida sócio educativa em meio fechado. A proposição foi aceita visto que propiciou o acompanhamento de mais um caso de adolescente, pelo menos no que se referiu ao seu atendimento em saúde mental vindo da Fundação CASA.

No espaço do CAPS AD foi realizado uma sessão de GD com três (03) profissionais presentes e entrevistas com profissionais do serviço relacionados com os dois casos. O primeiro caso foi de um adolescente que cumpriu medida socioeducativa em meio aberto iniciada no CREAS e depois teve seguimento no CAPS AD. E, o outro caso foi de um adolescente que estava internado na Fundação CASA, tendo sido trazido para atendimento no CAPS.

5.3 ENTREVISTAS SEMI ESTRUTURADAS

A abordagem de entrevista incluiu a fase da entrevista piloto, realizadas com outros três (3) profissionais do primeiro serviço visitado, CREAS, os quais se predispuseram a opinar sobre esse instrumento de intervenção.

As entrevistas semiestruturadas direcionadas aos profissionais dos serviços CREAS, CAPS e CRAS versaram sobre o cuidado, tipo de atendimentos, bem como, sobre as concepções e práticas em saúde mental operadas nos projetos de acompanhamento do adolescente conforme anexo 03.

No serviço CREAS, após a fase piloto, foram feitas duas (02) entrevistas com profissionais que fizeram o atendimento do caso em traço escolhido para seguimento. Foi feita uma entrevista com um profissional de nível superior que ficou como orientador do caso no serviço e outra, com um profissional de nível médio que acompanhou e supervisionou a medida de Prestação de Serviço Comunitário (PSC) que o adolescente cumpriu dentro do próprio CREAS.

Foram realizadas 05 entrevistas individuais no CAPS. Três (03) estiveram relacionadas a um caso traço que veio como seguimento do CREAS, o qual cumpriu medida socioeducativa em meio aberto. Outras duas (02) entrevistas foram realizadas com profissionais que atendiam um caso traço cumprindo medida socioeducativa em meio fechado, mas sendo trazido para o CAPS para atendimento. Esse caso foi acompanhado e encaminhado ao CRAS e lá foi realizada mais uma (01) entrevista com profissional que atendeu o adolescente, o qual antes da pesquisa ser concluída não veio mais para o atendimento.

Foi realizada uma (01) entrevista semiestruturada junto à coordenação de saúde mental do município e uma (01) junto à vara da infância e juventude do município. Essas últimas entrevistas versaram sobre o funcionamento e fluxo da rede de atendimento em saúde mental no município, no primeiro caso. E, no segundo caso, alguns esclarecimentos de questões práticas relacionadas ao ajuizamento da medida sócio educativa aos adolescentes.

Foram realizadas em total de 10 entrevistas.

As entrevistas também foram gravadas e transcritas.

As entrevistas semiestruturadas atinentes aos casos, feitas nos serviços de assistência, versaram sobre o cuidado, as concepções e práticas em saúde mental operadas nos projetos de acompanhamento do adolescente.

Para MINAYO (2007) a entrevista fornece dados de duas naturezas: a) fatos que o pesquisador poderia conseguir por outras fontes documentais, os quais ela chama de informações objetivas e, b) informações que se referem diretamente à pessoa entrevistada, ou seja, informações refletidas da própria realidade que ela vivencia, ou o que algumas pessoas denominam dados subjetivos.

Dessa forma, a utilização de entrevista, como um dos recursos no contato com os profissionais possibilitou que eles falassem sobre o cenário de trabalho em que estavam incluídos e as ações e discursos sobre saúde mental presentes nos PIAs.

No que tange aos PIAs dos adolescentes, os profissionais entrevistados puderam fornecer a pesquisadora informações acerca de casos específicos de adolescentes que tinham demandas importantes relacionadas com a saúde mental apontadas na discussão coletiva.

Outro fato que merece destaque na utilização da entrevista é que ela, enquanto forma de interação social privilegiada, captura a realidade do contexto em que o entrevistado está inserido (MINAYO, 2007).

A entrevista foi um recurso importante para esse estudo no sentido de abordar especificidades dos casos e do cenário em que processou a pesquisa.

5.4 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Nos espaços que serviram de cenário para o trabalho desenvolvido com os adolescentes em cumprimento de medida sócio educativa foi realizada observação participante e construído um diário de campo para composição de um olhar sobre cada lugar visitado.

O registro em diário de campo teve como foco os seguintes pontos: reconhecimento do trabalho desenvolvido na unidade, espaço físico, dinâmica do local à ocasião da estada e possível participação da pesquisadora em atividades coletivas presentes na agenda (de cuidado) da instituição.

A sequência de aplicação das técnicas considerou a dinâmica de funcionamento das instituições, exceto pela observação participante que foi o recurso utilizado desde o momento inicial do campo até o seu fim.

Vale ressaltar que a coordenação, bem como, os profissionais do CAPS do tipo I foram contatados diante da informação da coordenação geral de que haveria casos de adolescentes em cumprimento de medidas que foram atendidos nesses locais, especialmente o caso de um menino que a pesquisadora havia escolhido seguir em discussão com os profissionais do CREAS. Mas, na ocasião, a equipe de tal estabelecimento não conseguiu falar sobre esse caso ou nenhum outro que tivesse sido ou que estivesse em atendimento no referido estabelecimento. A equipe sinalizou à ocasião que o caso que eu estava tentando seguir fora cuidado pelo CAPS AD incluindo o fato de ter tido um profissional que antes trabalhou ali e tivera casos com essa demanda, mas, que agora não fazia mais parte da equipe. Nesses termos, a visita a esse espaço ficou circunscrita ao diário de campo da pesquisadora, sem contatos de entrevista ou GDs com os profissionais que ali atuavam.

A utilização da observação participante tinha como objetivo captar a processualidade das ações e discursos em saúde mental relatados pelos participantes. Por isso, os momentos de observação em si e o registro delas ocorreu durante todo o contato da pesquisadora com as instituições participantes.

MINAYO (2007) destaca que a observação participante é um recurso que pode ser usado de maneira desejosa em conjunto com a entrevista, assim como defende que o grupo, a seu ver, pode ter uma função complementar à observação participante e a entrevista.

A observação participante é aquela em que “mantém-se a presença do observador em uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica” (MINAYO, 2007, p.274); que permite a inserção do pesquisador “no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação”; ou ainda, “que permite captar os conflitos e tensões” no campo de estudo (QUEIROZ ET AL, 2007, p.278).

O registro das informações obtidas na observação participante feito através de diários de campo permitiu identificar questões descritivas da própria instituição e/ou

contato com os participantes do estudo, bem como, questões refletidas ou questionamentos advindos dessa prática, com a fala dos profissionais do CAPS i.

Sobre a importância do registro das questões observadas em diários de campo, BERTUSSI (2011) destaca que ele permite registrar movimentos, observações, devaneios, sentimentos, conversas e percepções, bem como os apontamentos do referencial teórico para dialogar com os achados da pesquisa.

5.5 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP – COEP – e aprovado, obtendo um parecer favorável à sua realização de número 1.043.320, em 24 de maio de 2015.

O referido projeto esteve de acordo com o que preceitua a Resolução 466/2012 que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes da pesquisa estiveram resguardados quanto a sua confidencialidade, sigilo e participação voluntária na pesquisa através dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 04 a 07) que foram assinados pelos mesmos e pelo pesquisador responsável da pesquisa.

Este estudo contemplou a mínima forma de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual dos participantes da pesquisa.

VI. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados bem como a discussão que deles decorre se apresentam como produto de composição de falas, afetações e marcações elaborados a partir das técnicas de produção de informação e caminhos já apresentadas no capítulo V.

De forma a facilitar a leitura desse estudo serão destacados os componentes de fala e observação que compuseram os olhares e escritas sobre o cotidiano de trabalho dos profissionais participantes da pesquisa com MSE e saúde mental no município de Osasco.

A composição de olhares, de maneira mais ampla, e de notações mais densas e focadas sobre os discursos e práticas dos profissionais em saúde mental intentou dar vida à cartografia do trabalho com adolescentes em conflito com a lei no município de Osasco nos espaços estudados.

6.1 O ZOOM SOBRE A REDE DE SAÚDE MENTAL EM OSASCO

Esse item se compôs das falas da coordenadora de saúde mental em entrevista com a pesquisadora, das falas de outros profissionais dos serviços acampados¹¹, bem como, dos registros em diário de campo feitos na ocasião da observação em campo.

A construção de uma proposta de constituição de uma rede de saúde mental para o município de Osasco é contada aqui a partir de um momento específico da história do município, o ano de 2006. Esse ano como momento repleto de incômodos produzidos e relatados por alguns dos profissionais participantes da pesquisa, o que acabou acarretando inúmeras tentativas de superação do que se tinha em termos físicos, conceituais e operacionais para cuidar de pessoas que necessitavam de atenção em saúde mental no município.

O ano de 2006 é citado como ponto de partida pelo fato da coordenação de saúde mental destacar a existência, na época, de um serviço cadastrado como CAPS, que não funcionava como tal. O então CAPS fora batizado com nomes distintos que sugerem algo sobre o *modos operandi* desse equipamento. Os nomes 'CAPS geral' ou 'CAPS do KM 18' referiam, na fala da coordenadora, um equipamento social sem nome e sem especificidade. Um CAPS à beira do caminho, ou à margem dele. E,

¹¹ Uso o termo acampamento nos sentidos estrito e lato. No estrito, como o ato de ficar, habitar, abarracar-me esperando pela possibilidade de entrevistar pessoas e ansiosa pelo contato com algumas falas marcadas na sua milimetria. Por outro lado, sabendo e me sensibilizando com o fato de que os serviços atendem prioritariamente os usuários que deles precisam. No sentido lato, falo de abrir tenda, preparar e esperar refeição, comer junto, se abrir em perguntas e respostas, espreitar conflitos e principalmente me animar com algumas histórias alegres em volta da fogueira e me entristecer com as histórias mais sombrias e hostis.

poder-se-ia dizer à margem do que se preconiza para o funcionamento desse serviço enquanto um ponto estratégico de extrema importância para um trabalho em rede.

Aparentemente, esse CAPS atendia as mais diversas demandas de faixa etária, sem discriminação de espaços e estratégias direcionadas a especificidades tidas. Atendia todos os tipos de acometimento e praticava todas as hierarquias de atendimento em saúde mental num único lugar. Esse CAPS que a coordenadora e outros profissionais entrevistados fizeram questão de frisar que não funcionava como CAPS, tinha segundo ela “os atendimentos a crises, laboratorial, de crianças, adultos, adolescentes, idosos, álcool, drogas, enfim, todas as questões e problemáticas ligadas à saúde mental” e também “tinha uma emergência psiquiátrica, leito de observação, era uma unidade muito médico centrada. Enquanto a gente tinha trinta e dois psiquiatras, tinha um assistente social, dois psicólogos”. Pôde-se observar então o destaque para um atendimento ambulatorial que se produzia quase que exclusivamente com terapêuticas e encaminhamentos médicos e um número reduzido de psicólogos atendendo demandas individualizadas de cuidado em alguns postos de saúde no município.

A crítica à miscelânea de modalidades de atendimento e faixas etárias que aconteciam num mesmo lugar se dava justamente pela consideração de que a rede de saúde mental é originalmente distribuída em serviços com níveis hierárquicos dispostos em pontos de atenção diversos – atenção básica, atenção psicossocial estratégica, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial - para atender de maneira adequada as especificidades de cuidado e faixa etária da sua população alvo, como por exemplo, pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2001; BRASIL, 2011a).

Tudo que era sofrimento mental era o CAPS do KM18, esse processo foi muito difícil (C.SM)

A coordenadora de saúde mental sinaliza então que ao iniciar a gestão da área algumas principais questões foram propostas para desfazer e refazer os processos de cuidado em saúde mental no município.

Dentre as ações feitas para dar início ao desmonte do CAPS geral e reordenamento no atendimento em saúde mental foram priorizadas três questões:

a) O deslocamento do atendimento de urgência e emergência do CAPS para outro lugar. Na ocasião, ele foi redirecionado para o pronto-socorro geral na impossibilidade de enviar esse serviço para um hospital.

b) A construção de um CAPS infanto-juvenil para receber crianças e adolescentes com demandas em saúde mental.

c) A composição de quatro equipes-polo de saúde mental na atenção básica.

Para além do reordenamento possível, intentava-se construir uma rede de atendimento em saúde mental com outros elementos. A ideia de rede, partindo dos arranjos em saúde mental implementados, foi se compondo principalmente na articulação das equipes de atenção básica com outras estratégias desse nível de assistência.

A composição das equipes de saúde mental na atenção básica abriu-se como oportunidade para que a área mental se beneficiasse da absorção de outros parâmetros de funcionamento desse nível de atenção, tais como, o mapeamento do território e a construção de quatro polos de saúde mental que abrigassem essas equipes, uma para cada localidade.

No ano de 2008 foi construído um CAPS AD para atender demandas específicas relacionadas com problemas decorrentes do uso de álcool e drogas, o que criou mais um ponto de atenção voltado para o atendimento de pessoas que necessitavam de cuidados na área.

Em 2010, foi implementado uma equipe de consultório na rua¹² e em 2012, iniciou-se uma discussão nos territórios sobre como articular as ações das equipes de saúde mental da atenção básica com o programa Saúde da Família e, o programa 'Mais Médicos', posteriormente.

Em 2013, a Divisão da Atenção Básica em saúde que havia particionado o município de Osasco em 4 territórios – norte, sul, leste e oeste – se organiza para redividi-lo em 10 territórios de saúde novamente. Em consonância com esse

¹² Equipe de consultório na rua é uma estratégia de cuidado regulamentada em 2011 na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB – com o objetivo de ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, oferecendo de maneira mais oportuna atendimento integral a pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade e/ou com vínculos familiares rompidos ou fragilizados (BRASIL, 2011b). Inclui-se nesse bojo usuários de drogas que frequentemente estão sob condição de moradia na rua. A equipe se constitui de maneira multidisciplinar, conforme definido em portaria específica (BRASIL, 2011c).

movimento a coordenação de saúde mental redividiu as quatro equipes-polo existentes nos 10 polos criados em territórios menores, mas também com equipes menores de saúde mental.

No desenho da rede pensado para a saúde mental no município, a atenção básica seria a porta de entrada do fluxo de atendimento, conforme fala da coordenadora descrita abaixo.

Não obstante a lógica que legitima a atenção básica como porta de entrada, tem-se, tal como depreendido pela experiência da pesquisadora nos serviços estudados, que eram os CAPS, principalmente o AD e o Infantojuvenil, que recebiam os encaminhamentos relacionados ao atendimento de adolescentes em conflito com a lei e com demandas em saúde mental diretamente provenientes de alguns lugares da especialidade, como por exemplo, do CREAS, do Fórum (Vara Especial da Infância e Juventude) e do Programa de Saúde do Adolescente do Município. Na prática observada, a atenção básica não foi descrita como remetente ou destinatária de nenhum encaminhamento dessa natureza no cotidiano dos lugares visitados.

Face ao exposto, a pesquisadora indagou à coordenadora se em algum momento o CAPS seria, enquanto ordenador da rede, porta de entrada para os encaminhamentos dos adolescentes em MSE. A coordenadora respondeu então que o CAPS se mantinha como porta aberta, mas não como porta de entrada desses encaminhamentos. E destacou a diferença entre as duas coisas, porta aberta e porta de entrada, frisando que em ambos o usuário deve chegar e ser atendido.

O CAPS tem porta aberta, a ideia é que posto de saúde é porta de entrada, mas se chegar alguém no CAPS como ele é porta aberta as pessoas serão atendidas, avaliadas e dependendo da situação redirecionadas para o polo, para o território. Esse é o fluxo, na verdade trabalhar com os conceitos de porta aberta e porta de entrada. Porta de entrada de fato conforme preconizado pelo MS é a AB. Na prática a gente sabe que os serviços porta aberta são porta de entrada para os casos mais difíceis, como os CAPS, como a própria emergência, os prontos-socorros são portas de entrada para muitos casos e aí o fluxo que é necessário ser pensado de fato para não perder os casos e virar porta giratória, enfim. (C.SM).

Neste momento cada polo tem um funcionamento particular, então a gente tem polos que tem acolhimento em saúde mental porta aberta como deve ser, tem polos que tem acolhimento em saúde mental com agendamento porque tem uma equipe micro de dois profissionais, enfim. Então são realidades distintas, todos têm o princípio de ser acolhimento porta aberta, assim como o próprio posto de saúde deve ser. Mas nem todos tem conseguido efetivar isso por uma condição que foge a nossa governabilidade, por falta de RH. (C.SM).

Talvez as dificuldades relatadas pelos profissionais - tanto do CREAS quanto do CAPS - na vinculação dos adolescentes à rede, estivessem relacionadas com o fato da atenção básica não ser reconhecida com efeito pelos dispositivos institucionais (Vara da Infância e Adolescência, CREAS e outros), como destinatária válida para o cuidado dos adolescentes em MSE.

Nesse particular, tem-se por exemplo, que duas profissionais de nível superior do CAPS destacaram a atenção básica como possibilidade de encaminhamento para um dos casos estudados de dois adolescentes. Apesar disso, nenhuma delas indicou como ocorreria esse fluxo de maneira prática.

Entretanto no discurso da coordenadora percebeu-se haver uma outra narrativa que explicava o fato desses polos receberem pouca ou nenhuma demanda de encaminhamento como porta de entrada. Nesse caso, de acordo com a compreensão da coordenadora a dinâmica dos encaminhamentos para a atenção básica seria influenciada pelo fato de que diversas equipes da atenção básica funcionavam de maneira insipiente e incipiente.

Onde a gente está com a equipe mais completa funciona com mais facilidades as articulações, os cuidados, as parcerias, o município não tem NASF então essa equipe de saúde mental muitas vezes faz esse acompanhamento da estratégia (C.SM).

Outras estratégias descritas pela coordenadora para potencializar a atenção básica como porta de entrada desse fluxo de atendimento foram: o investimento nos processos de sensibilização das equipes, médicos, capacitações específicas e nas reuniões que discutissem casos entre diversos níveis de atenção.

Isso se confirma na fala de uma das técnicas do CREAS que descreve que, no passado, aconteciam reuniões específicas da saúde mental com outras áreas que envolviam encaminhamentos e ações para as demandas recebidas.

Sobre essas reuniões e a composição delas, a coordenadora aponta que:

A gente fez a proposta e houve uma adesão significativa e não de 100% do que a gente chamou de matriciamento, a gente chamou os médicos clínicos para discussões de saúde mental em cada polo e foi fazendo isso para se aproximarem da questão. A gente fez reunião com as chefes das unidades também (C.SM).

Tem reunião de rede de saúde mental que é um espaço aberto para todos os profissionais que estão discutindo os fluxos, os casos, pensando em

estratégias de ampliação. São esses os esforços que a gente tem feito para ampliar a rede do que não depende de ampliação de RH, mas assim, disseminando essa forma de pensar e de cuidar do sofrimento mental (C.SM).

A coordenadora indica também que houve muitas perdas relacionadas ao trabalho de qualificação da rede devido ao fato dos profissionais serem contratados e irem embora ao final do contrato de trabalho, levando consigo os conhecimentos e experiências adquiridos.

Alguns profissionais da atenção básica fizeram capacitação no programa Caminhos do Cuidado que, sob responsabilidade do Ministério da Saúde, objetiva dar formação para profissionais na rede de saúde mental, priorizando equipes da atenção básica no atendimento de usuários com uso problemático de álcool e drogas, destacando-se o uso de crack.

O programa, utilizando-se da estratégia de redução de danos, por meio de incentivos do governo federal, destina-se a capacitar equipes em diversos municípios através do projeto institucional denominado ‘Crack, é possível vencer’. Nele se veem congregadas as ações de diversas áreas juntamente com o Ministério da Saúde – Ministério da Justiça e da Educação, Secretaria de Direitos Humanos, Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome - na tentativa de desenvolver ações de prevenção, cuidado e combate ao uso do crack (BRASIL, 2013).

Um programa dessa magnitude é uma estratégia bastante interessante e que poderia alcançar os adolescentes que tem problema com uso de álcool e drogas nas comunidades. Entretanto, a falta de dados disponíveis não permite que se possa dimensionar seu alcance junto aos adolescentes em conflito com a lei no município de Osasco.

De acordo com o relato dos profissionais no GD no CREAS, a maior parte dos adolescentes em MSE faz uso e, e alguns casos, uso importante de drogas. Esses podem ser encaminhados, por via judicial, para um serviço de saúde mental quando isso vem cumulado¹³ no seu termo de medida ou ainda quando é cogitado ou

¹³ A cumulação de MSE é uma alternativa prevista no ECA, que permite ao magistrado arbitrar outra medida específica de proteção em paralelo a MSE - aplicável sempre que os direitos do adolescente descritos no ECA estiverem sendo reconhecidamente ameaçados ou violados. Essas medidas de proteção podem ser: I – encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade; II – orientação, apoio e acompanhamento temporários; III – matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental; IV – inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente; V – requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial; VI – inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e

encaminhado pelos próprios profissionais do serviço. Nesse caso cabe ressaltar a fala dos profissionais que indica que o adolescente, uma vez encaminhado, dificilmente vai para o serviço designado. Trata-se de uma questão eminentemente prática; a solicitação do juiz não é acompanhada de ação compulsória real, elidindo dessa forma o adolescente de sua observância.

Em decorrência disso a pesquisadora indagou então à coordenadora qual seria o fluxo real de encaminhamento desse adolescente que cometeu ato infracional e tem problemas com uso de drogas, na rede. Ela respondeu que o encaminhamento era feito, de fato, geralmente direto para o CAPS e destacou o motivo que ela entendia estar atrelado a esse fato.

Os serviços CAPS foram priorizados e eles são equipe completa. De fato o plantão técnico, essa porta aberta está acontecendo, é um fluxo mais fácil. Atenção básica onde tem a equipe dentro do que foi pensado inicialmente também tem o acolhimento, uma vez por semana tem um dia exato que acontece e tem esse acolhimento. Alguns polos como eu disse estão com dificuldade por questão de RH e aí tem um agendamento, enfim. Mas eles são fluxo (C.SM).

A gente tem as reuniões de rede de saúde mental que são abertas e a gente vai começar o Fórum Intersector que são espaços de discussão dos casos e daí tem atenção básica, tem CAPS, tem emergência psiquiátrica com menos participação, mas tem (C.SM).

Assim, como se pôde observar em sua fala, além do CREAS e serviços da especialidade existem outros dispositivos que também se constituem como fonte de encaminhamento e/ou triagem para o CAPS. Tal como se depreende do relato, ela indica, por exemplo, que reuniões intequipes também são vias potenciais de encaminhamento e/ou discussão de casos em saúde mental. Reuniões intequipes são espaços em que participam profissionais de diferentes serviços para compor ações em conjunto.

A gente tem as reuniões da infância e adolescência que são espaços que vinham acontecendo até dezembro do ano passado em 2 polos de saúde de maior vulnerabilidade e aí a conversa e aproximação não se dá só com a saúde, mas com a educação, com o conselho tutelar que a gente retoma agora em maio em 4 polos de saúde. Eles serão espaços também de uma discussão não só com a saúde, mas com estes atores do território e que a assistência social tem participado enquanto CRAS, o CRAS tem participado,

tratamento a alcoólatras e toxicômanos; VII – abrigo em entidade; VIII – colocação em família substituta. Vide capítulos 98, 99 e 101 do ECA (BRASIL, 1990, grifos nossos).

então é um espaço que pode levar casos, pode se discutir ações de prevenção. Acho que são essas as portas (C.SM).

O CAPS infantil e AD muitas vezes recebem os casos e fazem discussão para atenção básica, então o CAPS muitas vezes tem a prontidão que a atenção básica não tem pela questão do RH mas acaba rediscutindo caso, direcionando com as dificuldades maiores em alguns polos menores e perto do zero em outros (C.SM).

A pesquisadora chegou a participar de uma reunião intequipes construída entre a equipe de saúde mental e os abrigos que também era espaço de encaminhamento e triagem de casos. Além disso, na fala dos profissionais do CREAS, existiam outras reuniões com CAPS e outros círculos que foram desarticulados ou não eram mais frequentados pelos profissionais por diversos motivos, a exemplo de, falta de tempo pelo acúmulo de trabalho, processos de reorganização da gestão e mudança na diretiva para o encaminhamento de casos.

De acordo com o observado na ocasião de estadia no CAPS e conversa com os técnicos, percebeu-se que o adolescente que cumpria medidas sócio educativas em meio fechado tinha um fluxo de encaminhamento direto para o CAPS.

Concluiu-se que os relatos convergiram no assinalamento de que os adolescentes cumprindo MSE tanto em meio aberto quanto fechado tem seu encaminhamento direto para o referido serviço.

Poder-se-ia lançar alguma luz explicativa sobre tal constatação, ao indagar se o CAPS estaria funcionando prioritariamente como ambulatório e não como ponto de atenção e articulação na rede. Considerando a existência de certos indícios pode-se insuflar que havia em diversas instâncias de encaminhamento uma representação do CAPS como ambulatório ou como equipamento autônomo e auto-suficiente. Nesse caso faltaria à essas instâncias encaminhadoras uma percepção adequada e profunda do que é uma rede em saúde mental.

Essa inércia conceitual ou representacional poderia ser atribuída à persistência de visão de uma realidade datada historicamente não adequada a nova configuração da atual estrutura e funcionamento dos dispositivos de saúde mental. Por outro lado, poder-se-ia cogitar que o CAPS ao ser objeto passivo de tal visão, acabasse por confirmá-la.

Sob outro dispositivo de encaminhamento também citado na fala dos profissionais, a pesquisadora pergunta à coordenadora como se dava a relação da saúde mental junto à saúde do adolescente, visto a informação de que desse

programa também se fazia fluxo dos adolescentes direto para o CAPS. A coordenadora relatou então que existia o que ela denominava de uma cultura da especialidade e que isso seria mais forte no município.

Exatamente é essa questão que eu estava trazendo, acho que a gente tem uma cultura no município da lógica do especialista. Eu não acho que seja só no município de Osasco, talvez seja um pouco mais forte aqui. Porque o fluxo não seria esse, a gente vai pensando nos serviços de especialidade quando esgotadas as possibilidades da atenção básica, cuidados iniciais e ofertas (C.SM).

Afirma ainda que as discussões que se interpõem entre o programa de saúde do adolescente e os CAPS estavam ligadas a algumas demandas, tais como, o programa Acolher (Núcleo de Violência) e outras discussões de casos, mas não deveria ser a regra encaminhar casos a partir dessa via. Apesar disso, afirmou que essa composição existia.

Então assim a saúde mental e o programa de adolescente a gente tem uma aproximação do núcleo de prevenção a violência, tem algumas discussões que a gente vai fazendo pelo Acolher que funciona na mesma instituição, outro programa, mas que tem uma ligação muito próxima. Mas em termos de fluxo a gente tem sempre falado da atenção básica como porta de entrada. Essa prática são outros caminhos, tem aproximação, uma discussão, as vezes discussão de caso, problema da saúde do adolescente faz discussões com o CAPS infantil e aí fica especialidade com especialidade, diferentes, mas se compõe (C.SM).

A composição da área saúde mental no município de Osasco não foge à regra brasileira da diversidade de condições e desigualdades importantes que representam os desafios para a construção de uma proposta de rede que conte com fluxos conversados, acessíveis e efetivos enquanto pontes para criar situações de cuidado potentes e duradouras.

No caso do atendimento de adolescentes em cumprimento de MSE, pode-se dizer que há algumas questões que competem para a composição desse cenário complexo supramencionado, podendo-se destacar na realidade do município locus da pesquisa os seguintes elementos:

1. O fato do juízo designar, em algumas guias de execução de MSE, onde o adolescente seria cuidado. Assim, destina-lo ao CAPS sem explicitação técnica ou justificação compartilhada desse

encaminhamento não seria de fato o melhor meio a se proceder ao seu cuidado adequado.

2. O fato dos profissionais da rede de assistência alocados em equipamentos mais especializados, como por exemplo o CREAS, encaminharem esses adolescentes direto para o CAPS, em vez da atenção básica, indicaria possivelmente uma articulação de rede pautada sob a lógica centrada no procedimento em detrimento de um olhar sobre as necessidades do usuário e as potencialidades de vinculação deste com o território.
3. O fato dos profissionais que orientavam diretamente os adolescentes no cumprimento da MSE não conseguirem estar presentes nas reuniões de outras instâncias - com pautas da saúde mental - dificultava formas de articulação entre os serviços que executavam MSE com a área mental.

Essa exposição de elementos tornava difícil a composição de um cenário de cuidado em saúde mental por parte dos profissionais da assistência social que acompanhavam os adolescentes em MSE.

Pôde-se questionar se existia um olhar direcionado para a saúde mental do adolescente em MSE e, principalmente, a busca ativa¹⁴ dele em outros serviços e na comunidade, tomando por base duas argumentações. Primeiro, a dimensão epidemiológica relatada para o uso de drogas naquela população e faixa etária e a condição de vulnerabilidade que isso produzia que se mantinha no discurso dos adolescentes cumprindo MSE. Segundo, a alta taxa de reincidência desses adolescentes no ato infracional, bem como, a conclusão da MSE acompanhada da mesma demanda em saúde mental, relatada pelos profissionais do CAPS AD.

A existência de um olhar firmemente voltado para a saúde mental poderia ser efetivamente protagonizado ou potencializado em consonância com a atenção básica e sua possibilidade de imersão volumosa no território do qual o adolescente faz parte.

A fala dos profissionais do CREAS relatando que os adolescentes resistiam em ser encaminhados ao CAPS, pois não se viam como malucos, revelou que eles, adolescentes, comungam de uma visão de saúde mental tradicional, conservadora e

¹⁴ Busca ativa é uma estratégia de rastreio ou procura de algum usuário que deva retornar ao serviço ou ter, por algum motivo, um acompanhamento ou avaliação em um dado território que o demanda. Ele é um procedimento comumente usado pela rede do SUAS e do SUS quando há necessidade para tal.

estereotipada. Tal visão, não intercessora de produção de vida como descrita nos objetivos dos planos, serviços e documentos em saúde mental, alguns citados acima, mas sim tributária de estereótipos e estigmas de incurabilidade, de exclusão, de desqualificação social e cultural.

Esses adolescentes em MSE, em grande parte, eram usuários de drogas, vivendo em situação de vulnerabilidade, não só física como psíquica, tal como relataram os técnicos do CREAS. Eles possuíam vicissitudes e sofrimentos que compunham sua trajetória e acumulavam em suas vidas processos de cronificação psíquicos e sociais que não estavam atestados, algumas vezes, nas condições de materialidade do ato infracional cometidos, mas se expunham na guia de execução ou PIA desses adolescentes.

É curioso pensar que esses sofrimentos observados no serviço CREAS – resistência, dificuldade de vinculação, desconfiança, negativa de tratamento, endurecimento e outros - não necessariamente se revertiam em atendimento relacionado à saúde mental.

Outrossim, os profissionais do CREAS diziam que quando havia necessidade de atendimentos pensados para fora do CAPS, psicoterapia e outros, sob necessidades mais brandas, desconheciam-se ações que compusessem rede nessa direção. Pelo que foi visto, o serviço CREAS não se descrevia como (inter)parceiro¹⁵ na composição dessa rede, mas como instância de mero encaminhamento ou distributiva.

Sob outro ponto, o fato do desejo desses adolescentes, em sua maioria, não fazer composição com a rede de saúde mental - encarando-a como um elemento estranho e bizarro, quiçá produtor de mais estereotipia e discriminação em sua vida - é sintomático de que essa realidade de adolescentes que cometeram atos infracionais e estão em MSE precisa ser (re)conhecida.

Esse reconhecimento passa pelo acesso ao cenário mais amplo onde o adolescente cumpre sua MSE também, onde é pensado seu PIA e visto as possibilidades para executá-lo. Parte desse cenário inicial onde é construído o PIA dos adolescentes, o CREAS, na visão dos profissionais, é descrito a seguir.

¹⁵ Aqui o termo interparceiro faz referência a atividade de interconsulta descrita nas atribuições das equipes de especialistas em saúde (Núcleos de Saúde da Família) que acompanham a estratégia de atenção básica e outras que atuem articulando ações entre os diversos serviços da rede.

6.2 O ZOOM SOBRE O TRABALHO EM ATO...O TRABALHO NO CREAS E A SAÚDE MENTAL

Esse item se compôs das falas dos profissionais trabalhadores do CREAS e observações da pesquisadora no contato com o campo de pesquisa nesse serviço e no entorno dele. Ele retrata as andanças nesse serviço da rede de assistência e proteção social que acolhe, executa e acompanha os adolescentes que cumprem MSE em meio aberto.

Aqui apontar-se-ão os estranhamentos, encontros e desencontros vivenciados nas perguntas insistentes da pesquisadora sobre a demanda, o que se fazia e como era vista a saúde mental do adolescente em cumprimento de MSE pelos profissionais do serviço.

O objetivo geral desses 16 momentos de GD ocorridos no CREAS, originalmente foi de conhecer o trabalho que se fazia na execução da medida sócio educativa do adolescente. Para isso, tomou-se por base o fato de que naquele lócus se iniciava a construção de um instrumento denominado PIA, destacado como ponto de partida e observação para entender os discursos e práticas relacionadas com a saúde mental dos adolescentes em MSE.

Outro objetivo, mais específico, era (re)conhecer as demandas relacionadas com a saúde mental desses adolescentes para então, escolher um ou dois casos que tivessem sido encaminhados para a rede de saúde mental. De tal forma que esses casos fizessem a pesquisadora atravessar para outros pontos da rede seguindo os traços de assistência designados aos adolescentes em questão.

A vivência de seis meses nesse serviço (setembro, outubro, novembro, janeiro, fevereiro e março), bem maior do que o inicialmente esperado se deu pelo tempo tomado à escolha dos casos a serem acompanhados em outros serviços.

Compôs-se aqui, entretanto, um cenário de (re)conhecimento e discussão importantes das vicissitudes do trabalho que se realizava com os adolescentes em MSE de maneira intensa e muitas vezes controversa. Designou-se o olhar sobre um trabalho não atinente unicamente a um atendimento específico das demandas em

saúde mental. Um destaque essencial para entender que trabalho se tinha sobre essas e outras demandas.

O primeiro ponto de destaque descrito se coloca quando a pesquisadora chega à instituição e expõe o título do estudo que falava sobre a proposta de olhar para os discursos e práticas em saúde mental nesse estabelecimento.

Os profissionais questionaram então, porque a pesquisadora queria olhar para saúde mental dos adolescentes naquele serviço visto que eles não atendiam saúde mental no espaço. Deu-se início então uma tentativa de encontro entre algumas hipóteses da pesquisadora, tais como, de que alguns tipos de questões de saúde mental passavam por aquele lugar, bem como, que se constituía algum olhar e cuidado em torno dessas demandas.

6.2.1 Um Olhar para a saúde mental no CREAS. Nós não fazemos saúde mental!

Tão logo houve a leitura do TCLE para os profissionais no primeiro GD no CREAS ele se constituiu de um momento de negociações de como seriam as abordagens em grupo, horário, duração e sobre o que discutiríamos.

Nessa ocasião, as palavras envolvidas inicialmente no título do estudo – práticas e discursos em saúde mental - geraram dúvidas e certo desconforto ao suscitar a ideia de que os profissionais trabalhassem ou desenvolvessem algo nessa área. Antes desse momento, houve a apresentação do projeto na sala de reuniões destes profissionais, a fim de que se apropriassem da pesquisa.

Sobre as palavras que haviam no título do estudo os profissionais ponderaram receios sobre o fato de não existir ‘desenvolvimento’ de ações em saúde mental no serviço e a pesquisadora ter chegado justamente para investigar isso.

*(...) não porque a parte que fala sobre que ideias e ações tem-se, tem-se okay, mas desenvolve-se, a gente não desenvolve nada (T1.CRE).
Em saúde mental, nada. Não é função (T2.CRE).
A gente encaminha pro serviço de saúde mental, então essa parte, sendo honesta, dá uma assim, me dá uma certa, sei lá (T1.CRE).*

Desenvolver, na fala dos profissionais, significava tratar, possuir serviço de psicoterapia, ou atendimentos específicos relacionados com a demanda de problemas em saúde mental. Esses significados foram posteriormente verbalizados pelos profissionais.

Nesse caso pareceu claro também a primeira ideia que se teve sobre essa demanda em saúde mental, que seria a de cuidar de casos de psicose, depressão, dependência química ou os problemas sistematicamente incluídos num quadro de diagnósticos já existentes e que precisariam de tratamento em psicoterapia e outros citados acima.

Outrossim, atender clinicamente adolescentes em MSE que tivessem problemas relacionados com a sua saúde mental, nessa especificidade particularmente, não seria mesmo função desses profissionais. Por isso, a pesquisadora repensou como se daria a sua entrada na instituição tentando argumentar sobre o cerne do seu trabalho e a importância de começar naquele serviço.

O questionamento e incômodo sobre o que se iria pesquisar no serviço, visto que os profissionais declararam não fazer nada em saúde mental, foi retomado em outros grupos partindo de algumas referências conceituais e históricas que orientaram também o estudo, a seguir descritas:

1. Dados da literatura apontavam que os adolescentes em MSE possuíam demandas relacionadas com a saúde mental. Vide pesquisas (SOUZA, 2010; VICENTIN, 2006; 2010a; 2010b; BASTOS, 2013). BASTOS em 2013, aponta que o perfil masculino que os profissionais de CAPS AD Infantojuvenil definiam como caso típico do estabelecimento, tinha em suas características, uso problemático e importante de drogas e passagem pela FCASA ou pelo ato infracional.
2. Há inserção e destaque do adolescente em MSE nas principais políticas de saúde mental para a infância e adolescência, assim como, inúmeras menções às ações em saúde mental, na legislação específica da área sócio educativa (BRASIL, 2005; CONANDA, 2006; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012a; LAURIDSEN-RIBEIRO & LYKOUROPOULOS, 2016).
3. Há um registro sobre o cuidado estruturado aos adolescentes em cumprimento de MSE nas principais políticas em saúde mental relacionadas com a prevenção e tratamento de problemas decorrentes

de uso de álcool e drogas (BRASIL, 2011a; BRASILIA, 2012; BRASIL, 2013; BRASIL, 2017), bem como, uma referência à importância epidemiológica desse uso nessa população (SOUZA, 2010; BRASILIA, 2012; BRASIL, 2013; JIMENEZ & FRASSETO, 2015).

4. O SINASE pressupõe e orienta que os adolescentes sejam atendidos em suas demandas de saúde, incluindo as de saúde mental, por ações que sejam propostas no PIA desse adolescente, o que vincula a atividade dos profissionais do CREAS diretamente a algum tipo de ação relacionada a essas demandas (BRASIL, 2006; CONANDA, 2006b; BRASIL, 2012a).
5. Várias práticas historicamente situadas na construção do que se denomina hoje como rede de saúde mental foram e ainda são aplicadas no cotidiano dos serviços que atendem adolescentes, tal como o CREAS. Dentre as mais habitualmente utilizadas, incluídas no que se denomina de tecnologias do cuidado em rede e de cunho integral, estariam: o acolhimento, a escuta qualificada relacionada à demanda em saúde mental também, discussão de casos e encaminhamento implicado. Outras práticas presentes vigentes, e em alguns casos obrigatórias, seriam: a elaboração de relatórios e outras formas de avaliações.

Os elementos descritos acima serviram como ponto de discussão em inúmeros momentos com os profissionais no delineamento de que coisas poderiam ser consideradas ações relacionadas ao desenvolvimento de algum tipo de ação direcionada à demanda em saúde mental dos adolescentes.

Os profissionais começaram a falar sobre o que eles identificavam que faziam em saúde mental no serviço, a exemplo dos citados atendimentos psicossociais ou os próprios grupos temáticos com os adolescentes, onde a conversa se pautava nas necessidades que os adolescentes traziam.

Não é atribuição do CREAS desenvolver atividades mental, assim saúde mental. A gente tem atendimentos psicossociais (T2.CRE).

Outra questão que cabe ser discutida é a categoria de indefinição que se interpõe sobre o termo atendimentos psicossociais feitos no CREAS, visto que os profissionais declararam que fazem um atendimento que eles chamam psicossocial, mas não um atendimento relacionado com a saúde mental.

A distinção, seja qual for, entre as esferas psicossocial e mental implica que se aprofunde na análise de seus condicionantes e das ideias preconcebidas. Há algo estranho em tal distinção, como se houvesse uma nobreza de um termo sobre outro.

Outro aspecto curioso foi a questão do encaminhamento para serviço específico em saúde mental ter sido enunciada como a única ação desenvolvida na área pelos profissionais do CREAS. Ao dizer que não faziam nada em saúde mental no encaminhamento do adolescente para o serviço de saúde eles desconsideraram a complexidade atinente à atividade enquanto palco de negociações e construções minimamente entre o adolescente, a (o) profissional/ equipe do serviço que receberia este último e o próprio adolescente.

A despeito dessa indiferença a respeito da saúde mental no tocante às atividades desenvolvidas no CREAS, os seus profissionais destacaram que este estudo desenvolvido junto a eles constituía uma oportunidade para falar sobre esse tema, mostrando que tal indiferença não é inerte, mas se situa em outro campo, possivelmente o campo do silenciado, do elidido, do evitamento.

Pode ser justamente uma oportunidade da gente falar justamente o que é esse menino que não adere a nenhum encaminhamento de saúde mental, é... (T3.CRE).

Na fala acima a discussão proposta de olhar para as ações e discursos em saúde mental presentes nos PIAs dos adolescentes em MSE pareceu revestir-se de um sentido positivo. O sentido de desvelar coisas sobre as demandas em saúde mental presentes nas MSE e como ou por que acontece a não adesão a esse encaminhamento feito quando existe essa necessidade.

Ademais a discussão suscitou reflexões sobre quais demandas estariam relacionadas com o que se delimita enquanto necessidade em saúde mental.

É impressionante porque pega esse tipo de problemática de dislexia, afasia, síndrome de down e aí pega autismo, psicoses, dependências químicas ou uso compulsivo abusivo de drogas e aí coloca tudo isso num saldão e o que é demanda de saúde mental o que vai ou não vai?(T3. CRE).

E ainda que os profissionais tenham reforçado o fato de que não atendiam demandas em saúde mental, ficou claro que eles recebiam os mais variados tipos de necessidades e que davam vazão a elas de alguma forma. Pode-se realçar um sentido

que se desvelara aqui, como o de atender saúde mental, ser equivalente a fazer psicoterapia.

Além dessa delimitação específica e restrita sobre o cuidado em saúde mental, pôde-se aventar que existiram dois receios básicos na ocasião, um, de que eles seriam medidos por algo que não faziam e, outro, talvez de que isso futuramente pudesse ser atribuído a eles.

Outro ponto interessante, ainda nesse questionamento sobre o que eles fazem, é a discussão sobre a questão do uso dos termos Reabilitação e Ressocialização.

É acho que reabilitação não seria uma boa palavra.

Em termos jurídicos é ressocialização.

É, porque reabilitar é uma coisa que você implica numa normalidade, voltar ao normal ou ficar bom. Ou que esteja mesmo lesado e mesmo reabilitado fica com aquela lesão, não é? Ele é um reabilitado (T3.CRE).

Enquanto, o termo reabilitação tem um significado que envolvia a ideia de normalidade e de estereótipo relacionado ao fato da pessoa portar para sempre a condição de ter sido ‘ajustado’ ou ‘tratado’ em algum momento, em função de uma doença mental, o de ressocialização estaria ligado a área socioeducativa. Assim, para essa última, ressocialização significaria adequação social e não recaimento na conduta infracional.

A despeito das diferenças entre os termos o primeiro versa sobre um processo de adequação subjetiva, em conformidade a um ideal abstrato de saúde subjetiva e o segundo, versa sobre um ideal de adequação objetiva, social, externo ao adolescente.

O termo reabilitação suscita também uma reflexão em torno de nomenclaturas e conceitos atrelados historicamente à prática do cuidado em saúde mental.

Os autores COSTA ROSA e YASUI (1998), falavam sobre a sua reserva no uso deste termo, visto que ele suscitava um retorno a uma condição de equilíbrio e de normalidade que se tinha antes da pessoa ter apresentado algum quadro de transtorno mental. Essa ideia, segundo o autor, não se sustenta também pelo fato de ser nula a possibilidade de fazer alguém retornar à condição de compatibilidade de habilidades anteriormente existentes, suprimidas e/ou alteradas durante o acometimento mental. O que se produz e se objetiva alcançar nesse caso é a construção de projetos de cuidado que vislumbrem outros aspectos que continuem potencializando situações de vida do usuário da rede.

Sobre o termo socioeducativo, mais ligado a perspectiva da ressocialização e a área jurídica, principalmente no que tange a área de MSE, LENZ & CRUZ (2009) discorrem que ele surgiu em meio às transições de modelos jurídicos, como o da doutrina irregular para proteção integral; ou o do Código de menores para o ECA; do caráter punitivo ao socioeducativo e da tutela para a responsabilização. Essa atribuição tinha o papel de mudar representações e práticas de atuação, apresentando mudanças objetivas possíveis de serem realizadas na vida do adolescente – acesso a bens e serviços, retorno e/ou acompanhamento escolar e outros processos (in)formativos - como ferramentas garantidoras de que ele superasse a condição de conflito com a lei, assim como, diminuir questões de vulnerabilidade a que estivessem expostos. No entanto, o que se observa é que a utilização do termo ou a simples atribuição de metas relacionadas com atividades educativas pouco influenciam a situação complexa e difícil de superação do cometimento do ato infracional, descrita na fala dos profissionais. Isso pode ocorrer devido a construção de um olhar reducionista e fragmentário de orientação às ações em MSE pautadas, mais em um ideal de adequação objetiva, externa e social, do que nos possíveis significados e processos de subjetivação imbricados ao cometimento da infração por parte dos adolescentes.

A discussão sobre o termo pode nos sugerir processos de esvaziamento ou (re)(des)territorialização¹⁶ que os profissionais tomam ao pensar sobre a saúde mental, suas demandas e como eles as atendem.

Outro fato que se repete em algumas falas é o de que o atendimento em saúde mental não era efetivado, mesmo quando havia o expresso encaminhamento ou ordenamento jurídico para tal.

(...) mesmo que tenha no termo (Guia de execução da medida), passar por atendimento psiquiátrico, eu já tive meninos que veio no Termo a família e o menino se recusou e ele fez as outras coisas e a medida foi encerrada. Então...é muito complicado (T2.CRE. Informação incluída em grifos nossos).

¹⁶ Deleuze & Guattari (1995) falam de um processo que ele define como (des)territorialização como o rompimento de valores, destruição de símbolos, ruptura de marcadores e identidades concretas, materiais e políticas. É a destruição de laços e fronteiras que mantêm uma certa estabilidade e organização de dado cenário ou posição. A reterritorialização é justamente a recomposição, ou a reformulação da condição de estabilidade de um dado cenário ou identidade. Para ele esses dois, são movimentos distintos que se complementam em uma dada composição.

Fala-se aqui igualmente de outro tipo de adequação também pertinente ao processo de execução de MSE. A adequação burocrática e administrativa que permitia ou dava status de encerrado ao projeto de cuidado do adolescente que se negava ao atendimento relacionado com o uso abusivo de álcool e drogas, mas que em virtude de ter cumprido outras condições propostas no cumprimento da MSE, era considerado concludente desta.

Esse é o x da questão, ninguém obriga a nada, e nem o juiz pra falar a verdade. Porque em último caso o juiz pode mandar prender, mas não pode obrigar a fazer tratamento de saúde. Nem o juiz pode obrigar. (T1.CRE)

Essa fala ilustra de forma recorrente como era a questão do atendimento em saúde mental quando permeado pela obrigatoriedade e que sua efetivação nem sempre era garantida mesmo à rigor da compulsoriedade. Nesse âmbito, em que se chocavam obrigatoriedade e adesão, emergia o fato soberano do desejo do adolescente, mesmo quando ele se expressava negativamente, como forma de resistência.

A dependência química também eles não aderem, é então (T3.CRE).

Outrossim, quando se falava que nem o juiz podia obrigar o adolescente a se tratar, isso parecia sugerir o fato desse cuidado alcançar um lugar impermeável, inacessível para os profissionais, como se nada que eles conhecessem ou pudessem fazer produzisse a ida dos adolescentes ao tratamento ou construíssem o desejo por esse cuidado/ tratamento, incluindo aí a questão da dependência química.

Nós falamos muito da qualidade de vida, a gente não vê saúde mental. Os indivíduos vêm deprimidos a gente percebe toda essa depressão, ansiedade, então eu acho sim que a gente, se for nessa linha que você tá falando, dentro do trabalho, é sim, a gente tem uma promoção da saúde mental, da cultura, do lazer, temos todas essas coisas. A gente precisa usar o termo técnico de atendimento psicossocial quando a gente faz isso. (T3.CRE)

É curioso observar que o desenvolvimento de ações em saúde mental descrito como algo fora do alcance dos profissionais do CREAS é novamente retomado no bojo de uma ideia particular de promoção em saúde, ideia essa disposta em alguns documentos relacionados com área (BRASIL; 2006; BRASIL; 2012a; BRASIL; 2013).

O que está relacionado com essa ideia de promoção em saúde (mental) é a posição de negação do conceito da saúde enquanto ausência de doença, ou o que LEFEVRE & LEFEVRE (2004) chamam de negação da negação, a disseminação de um tipo de produção que entende a saúde como um recurso à vida e não somente como objetivo de viver. O paradigma da promoção em saúde defende a ideia de que a área da saúde não é, de forma isolada, nem produtora de espaços positivos de promoção de vida, nem responsável exclusiva pelo entendimento do setor saúde.

De acordo com CZERESNIA (2003) a promoção social em saúde, nesse caso, designa ações que deveriam produzir protagonismo, autonomização de cuidados em indivíduos e coletivos, bem como produção de qualidade de vida e saúde nas populações. Para isso, ela deveria incidir sobre a transformação das condições de vida e trabalho das pessoas, dos determinantes em saúde e em toda e qualquer ação que operasse mudanças nesse âmbito.

Parece claro nessa concepção, que a transformação nas condições de saúde e de vida das pessoas estaria vinculada a mudanças comportamentais de hábitos individuais e coletivos, bem como, em processos de capacitação que empoderassem as pessoas de atitudes que possibilitassem sua maior inserção e ação sobre a melhoria de qualidade de vida, além de maior controle sobre esta vida (WHO, 1986). Essa mudança de hábitos é também vislumbrada no estabelecimento de metas de atividades a serem cumpridas pelos adolescentes, bem como, nas práticas descritas pelos profissionais intencionando essa mudança, e algumas vezes, discutindo sobre o protagonismo que deveriam produzir nos adolescentes.

Em continuidade a concepção de promoção, BUSS (2000) descreve duas acepções comuns ao termo que se complementam, mas que tem posturas distintas de entendimento sobre o processo saúde doença.

Em um primeiro momento, a uma que se remete a atividades dirigidas aos estilos de vidas das pessoas através de componentes educativos prioritariamente vinculados a riscos comportamentais, que estariam, pelo menos em parte, sob controle dos indivíduos.

Em um segundo momento, referindo-se ao desenvolvimento de atividades voltadas a um coletivo de indivíduos, nem sentido mais amplo, físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis para o

desenvolvimento da saúde do coletivo pelo empoderamento das pessoas (BUSS, 2000).

Ao que parece ambas as posturas perduram nas discussões feitas com os profissionais do CREAS, mas de forma distinta à consideração de que se desenvolvem ações em saúde mental.

É interessante observar que a despeito de um certo incômodo manifestado pelos profissionais do CREAS em assinalar que desenvolvem algum tipo de trabalho voltado à saúde mental, eles utilizam amplamente termos da nosografia psiquiátrica, tais como depressão, ansiedade e dependência química, para se referirem a suas atuações. Mesmo assim, eles não se veem como produtores de cuidado em saúde mental ou do que pode ser atribuído como atendimento de necessidades nessa área.

Perdura na fala dos profissionais a argumentação de que atender a saúde mental não está dentro de suas atividades. Quando a pesquisadora pergunta se eles não trabalham com saúde mental, quando falam dos grupos de adolescentes e da saúde mental, no que se refere as atividades de acolhimento e atendimento das demandas explicitadas acima relacionadas com esse público e suas famílias, bem como, na contrarreferência do caso eles reiteram que não, completando que trabalham com promoção de saúde.

Há, nessas respostas, um desentendimento primário em que se confunde estratégias com temáticas de saúde. Seguindo-se a isso, os entrevistados referem-se também a concepção de saúde mental posta pela pesquisadora como algo muito amplo.

E é também, um pouco do que a gente tava falando, é também o que é a atribuição né. Porque a nossa atribuição não é fazer atendimento em saúde mental, por mais que a gente queira e goste então o que você está falando é uma visão beeem(sic) ampla de saúde mental, mas aí é problema seu (T1.CRE).

Tal inércia pode se remeter a diversas dimensões analíticas nas quais se destacam pelo menos quatro aspectos. Em primeiro lugar, uma representação, aliás condicionante de uma prática, de saúde mental nos moldes mais rudimentares, médico-psicológicos, já em processo de superação na segunda metade do século passado. Em segundo lugar, de uma concepção de promoção equivocada, errônea, de acordo com a qual a promoção não só não faria parte das atividades próprias da

atuação em saúde mental, como também, em terceiro lugar, seria uma não ação. E, em quarto lugar, talvez a amálgama feita entre prevenção e promoção de saúde.

A principal atividade identificada como sendo relacionada com a saúde mental é o encaminhamento para o serviço específico que trabalha com saúde mental, ou CAPS e outros.

Os encaminhamentos, né (T2.CRE). Que é o que é possível, muitas vezes. É o que é a gente consegue (T3.CRE).

Nesse aspecto cabe discutir que o atendimento clínico em saúde mental, não é mesmo uma atividade específica da equipe, fato descrito em alguns pontos de documento específico que regulamenta o SINASE.

Conforme esse documento, na seção II, artigo 64, lê-se uma orientação específica que indica que o adolescente que possui algum indício de transtornos mentais, incluindo nesse bojo o uso problemático de álcool e drogas, deverá ser avaliado por uma equipe específica para esse atendimento, o que se traduz em atenção específica e setorizada para o caso (BRASIL, 2012a).

Entretanto, cumpre lembrar que as ações contemporâneas em saúde mental não mais se reduzem nem se restringem a atividades propriamente clínicas. As políticas públicas de saúde mental contemporâneas, por exemplo, indicam que a produção de cuidado na área pode fortemente se tratar de um cabedal de ações multidisciplinares que tem como termo a inclusão dos excluídos socialmente por motivo do transtorno mental.

Tão somente ao considerarmos o papel de orientador de medidas faz-se razoável pensar que esses trabalhadores se atenham, em algum momento, a essas demandas, no processo de acompanhamento ou em algum trabalho feito dentro do próprio CREAS de maneira mais pontual e no próprio processo de co-participação e discussão do caso quando o adolescente precisa de atendimento em uma unidade como CAPS ou outra relacionada com o atendimento de alguma demanda em saúde mental.

O cuidado, incluindo a saúde mental dos adolescentes, é descrito por legislação específica que cria o SINASE e regulamenta a execução de medidas sócio educativas destinadas a adolescentes que cometeram atos infracionais, quando este afere no artigo 8 que

Os planos de atendimento sócio educativos, deverão, prever ações articuladas nas áreas de educação, saúde, assistência social, cultura, capacitação para o trabalho e o esporte para os adolescentes atendidos em conformidade com os princípios elencados na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 2012a, grifos nossos).

Nas disposições gerais do mesmo documento, fala-se especificamente da saúde mental quando se afere no artigo 60 que ela deve ser atendida em sua especificidade de promoção e cuidado especiais com a saúde mental desse adolescente em MSE. O documento não define um lugar específico aonde essa ação vai se iniciar ou findar justamente porque trabalha sob a perspectiva de ações socioeducativas integradas entre as esferas de assistência que participam da consecução dos PIAs destes usuários.

*A atenção integral à saúde do adolescente no Sistema de Atendimento Socioeducativo seguirá as seguintes diretrizes: I. previsão, nos planos de atendimento socioeducativo, em todas as esferas, da implantação de ações de promoção da saúde, com o objetivo de integrar as ações socioeducativas, estimulando a autonomia, a melhoria das relações interpessoais e o fortalecimento de redes de apoio aos adolescentes e suas famílias e III. cuidados especiais em saúde mental, incluindo os relacionados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas, e atenção aos adolescentes com deficiências. (**grifos nossos**, BRASIL, 2012a).*

O que se percebe é que esses enunciados podem se traduzir em ambiguidade na medida em que reforçam a atividade de direcionamento do adolescente, principalmente nas situações em que um desenho de fluxo e rede de encaminhamento implicado ainda não foi estabelecida.

Não há no texto da lei indicação de que a equipe do CREAS deva participar em coprodução do cuidado que se deva estabelecer. O que de explícito há é que o profissional orientador tem o foco sobre a execução da medida. Ele “avalia, em conjunto com a direção do programa, a execução da medida” (artigo 13, BRASIL 2012a).

Contudo, em suas falas, a leitura que os profissionais têm do texto normativo é que o foco da execução da MSE acaba limitado a seu aspecto puramente administrativo e compulsório. Assim suas ações se limitariam a garantir que o adolescente cumprisse as questões propostas para ele na guia de execução da MSE, por exemplo, matricular-se em curso profissionalizante e/ou voltar a frequentar escola

formal. Além disso, a execução da medida implicaria também estar a serviço ou representar o Estado de alguma forma na intervenção sancionatória proposta.

Estamos representando o Estado, o que conseguimos fazer? Uma orientação! (T3.CRE)

*E essa medida protetiva é com a gente, ele se protege do aborrecimento. Não, eu cumpro meu papel! Então além da medida protetiva para ele mas eu acabo me protegendo olha estou lá encaminhando você para o ...
Você assinou, você recebeu esse papel? (T3.CRE)*

Além dessa leitura estreita do texto, há lugar para se pensar que a medida poderia ser uma situação essencialmente produtora de cuidado integral, por isso incluindo saúde mental. Uma vez que tanto a medida protetiva quanto a socioeducativa se configuram como situação de proteção, os profissionais que delas se responsabilizam não deveriam enunciar suas ações como situadas no território de exclusivos procedimentos administrativos, ou menos isentos de responsabilidade, mas sim, numa abrangente operação de cuidados em condição de corresponsabilidade com pelo menos três elementos, o serviço, a rede e o adolescente.

Ah da questão do encaminhamento, é isso também. Tipo você falou está na lei a medida protetiva é oferecer saúde, bla. Nós representantes do Estado o que a gente faz? Um papelzinho.

A discussão acima explicita ainda aquilo que os profissionais classificam como possível no trabalho que realizam. Nesse caso, fazer encaminhamentos talvez seja compreendido como uma ação pouco resolutiva.

*Acho que isso me angustia, a gente analisa acho que isso me dá uma certa ansiedade porque analisa, analisa chega à uma conclusão e aí o que a gente faz com isso? (T3.CRE)
Que conclusão? Não chegamos à uma conclusão (T3.CRE).*

Outros sentimentos e pontos de tensão são explicitados pelos profissionais na análise que fazem em torno do trabalho que realizam, ou dos incômodos que essa situação produz. Como se o que eles pensam sobre a produção de cuidado ou de práticas protagonistas e singulares desenvolvidas pelo serviço ficasse somente no

plano das ideias e não conseguissem operar sobre ele tamanha complexidade que os assola.

Sobre a produção de cuidado, BASTOS (2013) aponta que as políticas e ações prescritas na letra de lei são na maior parte das vezes enunciadas nas especificidades de um papel e não tem garantia de acontecer, a não ser que se compunham no cotidiano dos serviços, na micropolítica das práticas geradas nas disputas, pontos de tensão e processos de (re)desterritorializações nos espaços de trabalho.

Em adição a isso, o SINASE discorre que os profissionais intitulados orientadores de medidas tem que obedecer a um determinado formato “interdisciplinar, compreendendo, no mínimo, profissionais das áreas de saúde, educação e assistência social, de acordo com as normas de referência (BRASIL, 2012a, artigo 12)”.

O que se pode entender dessa escrita é que os profissionais orientadores de MSE no CREAS seriam muito mais do que inspetores e encaminhadores de questões que devam ser cumpridas pelos adolescentes em outros serviços, tal como explicitou a fala de uma das profissionais questionando o porquê da exigência de composição de uma equipe multidisciplinar no serviço. Segundo ele, caso isso não estivesse relacionado com a possibilidade deles co-produzirem algo com as outras equipes e realizarem ações que tivessem a expressão dessa diversidade profissional não teria razão para serem descritos.

A exigência desse formato reforça também o fato de que o adolescente deveria ser assistido em suas necessidades sociais, de saúde, educativas, culturais, de capacitação para o trabalho e outras, mas sem necessariamente dizer como ou que tipos de cuidados podem ser produzidos a partir desse espaço físico.

Ainda em consonância às ambiguidades descritas sobre o que é orientar, acompanhar, cuidar e/ou produzir ações na área de saúde, incluindo saúde mental, os profissionais apontam que não se veem em um lugar produtor de cuidado.

É que a gente não se vê muito como um lugar de cuidado, então é isso um pouco que...soa um pouco estranho (T1.CRE).

Diante da declaração de que eles não se veem num lugar produtor de cuidado com o adolescente, a pesquisadora pergunta o que eles fazem no CREAS.

A gente tenta mostrar pra eles a importância da escola, a importância deles se cuidarem, né. A importância deles terem um objetivo na vida de então...é...fica muito dúvida, porque ao mesmo tempo que você tenta mostrar, mas ao mesmo tempo:- olha se você optar por não fazer você tem que ter uma solução, tem uma medida (T2.CRE).

Os profissionais destacam a função pedagógica de suas ações ao ressaltar, em seus discursos, a importância da escola, incluindo a questão do auto-cuidado. Entretanto, tal discurso não tem uma limpidez cristalina posto que nele se insere uma dubiedade quando advém a questão da sanção ou da possibilidade de endurecimento da medida correcional diante do não cumprimento das metas escolares.

Ainda sobre a questão do cuidado e/ou das práticas de trabalho investidas no cumprimento da medida socioeducativa, diz-se:

A gente é executor de medida, a gente é executor de um serviço (T2.CRE).

A questão ali, quando a gente lê (lê na lei) é pedagógico, muito pedagógico. (T3.CRE) (...) não tem como ser psicóloga fazendo isso. Né, já é uma fala bem assim tipo, não tem como ser psicóloga, porque como é... eu faço vínculo ou eu cobro, eu faço vínculo ou eu cobro. Isso tem infinitas questões pra discutir, então beleza (T1.CRE).

Essa fala ilustrou, além do dilaceramento profissional, o questionamento pertinente ao ruído que acontecia na cobrança que se fazia nesse trabalho de orientar a execução da medida e a questão do cuidado ao adolescente. Fazer o trabalho de cuidado e proteção requereria um vínculo que fica prejudicado na visão dos profissionais quando eles têm que fazer a função de cobrança. Ao contrário da primeira fala, sobre ser executor de medida que se mostra livre de conflito, na medida em que ser executor não é incompatível com o trabalho que fazem.

Essa fala reforçou uma ideia de incompatibilidade entre a sanção e o cuidado ocorrerem ao mesmo tempo no atendimento ao adolescente. Indaga-se, assim, por que sanção e cuidado são heterogêneos entre si ou, melhor dizendo, em que e por que cuidado e sanção não se coadunam? Afinal instâncias de realidade e limites não fazem parte de cuidados? Parece haver uma visão maniqueísta em que sanção é sempre percebida através do filtro repressivo ou da ameaça ou mesmo abusivo. Assim, a sanção como instância de responsabilização e consequentemente produtora de subjetividade e autonomia é elidida.

A pesquisadora frisou, em sua fala no grupo, a ambiguidade da sanção misturada com a orientação pedagógica e/ou sensibilização sobre o que seria melhor

para o adolescente, incluindo a construção do PIA com o mesmo e pergunta o que se fazia disso na instituição.

Sobre essa fala, uma profissional respondeu que há uma parte da construção do projeto que podia ser negociado e outra parte que não era possível de ser negociado.

Mas, uma parte é negociado (T3.CRE). Não é negociado.(..) Então mas essa é uma questão. Você não pode negociar a escola. Então, mas em que medida a gente consegue negociar coisas com esse adolescente no estabelecimento das metas por exemplo (T2.CRE).

Um profissional destaca que o fato da medida ser sanção e correção compulsória contradiria ou dificultaria a negociação e troca com os adolescentes, quiçá a negociação sobre algumas questões pertinentes à construção do PIA, tal como previsto em lei e pela discussão feita aqui, fator potente para a produção de cuidado e proteção do adolescente.

Discutiu-se a ideia da construção de um projeto de vida, denominado PIA, ter proximidade com a ideia do que está presente na construção do projeto terapêutico singular - PTS - para usuários da saúde mental. Este último é definido como:

um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário (Brasil, 2007b, p.40).

Ou ainda, “uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações” (Brasil, 2007b, p. 40). Essa proposta de discussão e construção de projeto visa singularizar a situação pela qual o adolescente entra no serviço de saúde, retirá-lo da insígnia da doença ou da medida estatística que homogeneíza a situação de sofrimento psíquico, para, então se trabalhar sobre a condição de complexidade de outros aspectos de vida que subjaz o acometimento mental.

No caso dos adolescentes em conflito com a lei, a necessidade de produção de um projeto singular se interpunha na singularização da situação de desproteção, desvio da lei, complexidade de vulnerabilidades e até potências que estavam presentes na vida dos adolescentes que cometeram atos infracionais.

À primeira vista pareceu discrepante para os profissionais ter que negociar metas na construção do projeto de vida desse adolescente consigo próprio e sua família e até viabilizar o cuidado de uma maneira geral, visto que algumas condições tinham um poder de obrigatoriedade no PIA, como no caso da frequência à escola.

Uma outra discrepância que é importante de ser discutida aqui é o fato de uma garantia constitucional, o direito à educação, ser alienado de seu valor para se transformar em impedimento ou ponto de obstrução para que o projeto de vida desse adolescente fosse discutido com ele. Pior do que isso, o fato da medida socioeducativa poder ser destituída de alguma forma do lugar de cuidado e proteção que a revestia.

Por outro lado, sobre a discordância do lugar ocupado por eles, como mero executor da MSE, uma profissional relata,

Eu vou discordar, eu não me vejo só mero executor, eu acho que eu tenho um trabalho de cuidado e muito cuidado, é que a gente não consegue. Eu acho que a gente até sofre, é sofrível, mas eu penso assim. Eu não vejo meu trabalho sim, como eu vejo o trabalho, eu faço o vínculo sim e luto por esse menino, luto por esse menino (T3.CRE).

O trecho acima fez transparecer o trabalho ainda como um lócus de sofrimento, de contradição, de impossibilidade ou entrave, quando os trabalhadores se depararam com a complexidade das questões postas e de suas impotências diante da questão. Esse sentimento de solidão, sofrimento e de impotência é vastamente descrito na literatura como algo componente do trabalho de profissionais que lidam com pessoas em situação de vulnerabilidade e de situações complexas de vida, tal qual os usuários dos serviços de saúde mental denominados como CAPS (BASTOS, 2013; MUYLAERT, 2013; DELFINI, 2016).

Na fala de um dos profissionais, pôde-se observar outro sentido atrelado a atuação deles como (orientadores) executores de medidas, a expectativa de que sua ação pudesse fazer os adolescentes olharem para o próprio ato infracional e perceberem e /ou se responsabilizarem pelas consequências do mesmo. Essa discussão estava em conformidade com o que o ECA preconiza ou intenta quando estipula as diretrizes e objetivos para o cumprimento da medida sócio educativa.

É um trabalho que eu acho que quando a gente fala, na forma do psicólogo ver, eu acho que eu queria muito mais que eles despertassem, que esse

adolescente pudesse olhar pra si e ver as consequências do próprio comportamento.(T2.CRE).

A prerrogativa da responsabilização era vislumbrada como um lugar possível não somente para o adolescente ocupar, mas, como um lugar possível para o próprio profissional atuar. Algo que está no plano do desejo de trabalhar com os adolescentes e que se fazia presente em muitas das falas no grupo, trabalhar com auto-cuidado, trabalhar com o protagonismo dos adolescentes diante da vida, trabalhar com a corresponsabilização visando uma melhor auto-avaliação por parte dos meninos do (mal) que significaria cometer um ato infracional para as vidas deles.

O traçado sobre a composição do trabalho, do que seria geral a todos e, do que seria relativo a outra especificidade profissional continuava nas evocações do que seria o fazer na orientação da MSE, começando pelo que “não seria” esse trabalho.

Eu utilizo os meus conhecimentos, mas a abordagem aqui não é uma abordagem de saúde. Isso, quando o psicólogo tá dentro da escola, isso pra mim é muito claro, porque eu também sou psicóloga escolar. Quando você tá dentro da escola você tem a expectativa de que você seja um clínico, não eu não sou clínico, eu to lá pra trabalhar e ajudar os professores e as crianças no desenvolvimento (T2.CRE).

O que o psicólogo ele, por definição, pela formação, você vai fazer, questionar a pessoa pra que ela vá caminhando sozinha, muitas vezes aqui (T2.CRE).

Nós também, vou te falar porque sou assistente social te falo isso, é o sujeito, trabalhar o sujeito como... né? (T3.CRE).

Não é igual. Porque se é muito mais pago do que... (...) não é o contrário, o serviço de medida sócio educativa, você tem um fazer muito diferente, você não manda só o cara ir lá, muitas vezes você faz, você marca a consulta, você marca as coisas...que não é, isso aí...Fazer muito diferente, você não manda só fazer, você pageia o adolescente, você vai e faz pra ele...Porque a gente não se sente fazendo trabalho de saúde mental (T2.CRE).

Outra possibilidade que se pôde alvitrar aqui foi o fato do termo orientador concorrer com a própria especificidade de atuação profissional, no caso, o orientador em contraposição ao psicólogo ou assistente social e educador.

Os profissionais argumentaram e também colocaram suas discordâncias sobre a contradição entre o motivo do adolescente estar no CREAS e a produção de cuidado que podia haver diante disso. Para eles, o motivo de entrada do adolescente na instituição definia de alguma forma essa não produção de cuidado, visto que essa entrada se dava sempre pela sanção e não pelo desejo do adolescente de ser

ajudado. Isso, por si só, caracterizava uma opacidade sobre a questão do cuidado ou, de outra forma, a prioridade sobre a sanção em detrimento dele.

Mas o que eu quero te dizer é o seguinte, o objetivo primeiro pra ele estar aqui é o cumprimento da LA e PSC. Aqui não é uma instituição de atendimento (T1.CRE).

A questão é, tem um cuidado, não é falar que é uma abordagem sem cuidado, porém a questão é uma instituição que o objetivo primeiro dele não é cuidar desse adolescente, o objetivo primeiro é fazer a execução da medida, é óbvio que uma coisa tá ligada a outra, a execução da medida é justamente isso, envolve o cuidado. Porém a gente sabe que dá pra fazer uma medida de uma maneira burocrática? Dá, você pode fazer o adolescente cumprir a medida de uma maneira é, psicólogo por exemplo (T1.CRE).

Eu não sei, eu acho que a gente quer dizer é que um tá mais dentro, o objetivo primeiro é o cuidado em saúde mental e o outro tem um objetivo que tem que falar mais alto. Bem ou mal, ao final de seis meses eu tenho que mandar o relatório pra dizer se esse menino foi pra escola ou não, relatório pra falar se esse menino veio ou não. O que eu consegui ou não com o menino (T2.CRE).

Então o que eu quero dizer é o conteúdo. O conteúdo do nosso trabalho não é de sanção. Ele tem um cuidado de acompanhamento, sabe de intervenção, de um monte de coisas (T3.CRE).

Houve discordância quando uma profissional argumentou que o que definiria o trabalho deles era o conteúdo da medida e não o motivo de entrada do adolescente.

Nessa rodada de discussões, sobre a prática dos profissionais como produtoras ou não de cuidados, uma profissional destaca a questão da especialidade como forma de atravessamento na sua atuação diante do imaginário de alguns meninos que os vêem como vigilantes intrusivos que podem delatá-los ao juiz a qualquer momento. Vários autores falam desse olhar que enxerga os serviços como braços do judiciário, com autoridade e poder para produzir repressão e enclausuramento deles (LENZ & CRUZ, 2009; MALVASI, 2011; MONTE ET AL, 2011; MONTE & SAMPAIO, 2012; JIMENEZ & FRASSETO, 2015).

Teve um menino que falava assim para mim, já tinha uns 18 anos, ele falava assim não gosto de falar com psicólogo não quero que entra na minha mente, você entra na minha mente eu não falo com você. Então porque nessa de fazer alguma pergunta e o cara cair de alguma forma isso chamava ele de algum jeito então ele só queria fazer o atendimento com assistente social porque daí era uma coisa que ele conseguia talvez lidar um pouco melhor. Então eu acho que isso é uma coisa recorrente que a gente tem muito forte, por estar ligado ao poder judiciário, porque ser uma medida e ao mesmo tempo tem uma cara protetiva mas tem uma cara punitiva então é uma contradição, é muito difícil lidar com isso e todos eles (T1.CRE).

Percebe-se, na fala acima reproduzida, um esforço de resistência, de salvaguarda da autonomia e liberdade. PIERA-AULIGNER (1979) analisou magistralmente a função psíquica do “direito ao segredo” como uma questão vital para o ser humano, enquanto condição para que o pensamento seja exercido e, assim, que o ser humano exista. Para ela, o prazer e a liberdade de pensar em segredo são condições para que o indivíduo constitua sua identidade, se diferenciando do outro. Não obstante disso, é quando o enunciado do outro é colocado sob dúvida que o EU consegue conquistar sua autonomia (FRAYZE-PEREIRA, 1990).

As principais discrepâncias de ideias presentes nos pontos que definiriam parte do trabalho desses técnicos são elencadas a seguir.

- a. Quanto à pertinência na produção de cuidado por parte do serviço, principalmente quando relacionado à promoção de ações ou a produção de ações em saúde mental, fazendo-se uma distinção importante entre ambos;
- b. Quanto ao possível desencontro entre a questão da generalidade do trabalho do orientador e a especificidade de trabalho dos psicólogos e assistentes sociais;
- c. Quanto à interferência do caráter de sanção correcional da produção do vínculo entre trabalhadores e adolescentes;
- d. Quanto à falta de viabilidade e de potência no cumprimento de algumas obrigatoriedades e padronizações que deveriam ser cumpridas por esses profissionais na composição do PIA dos adolescentes;
- e. Quanto à necessidade e dificuldade de composição de uma rede de atendimento com um tipo de abordagem que se diferenciava um pouco da rigidez discutida nas definições e nomeações que se tinha para o trabalho que executavam. E, na dificuldade de posteriormente essa rede, em coprodução, acompanhar esses adolescentes em suas vidas.

Em um cenário de trabalho com essas discrepâncias os profissionais relataram que alguns casos demandaram uma série de coisas diferentes a serem feitas por eles para atendimento de um projeto que fizesse sentido para o adolescente, ou em outras palavras, que representasse a luta dos profissionais por esse usuário atendido.

A esse tipo de composição eles chamavam PIA diferente. E, em alguns casos, conseguiam implementar esse PIA diferente.

6.2.2 O que tinha de diferente??? O PIA diferente!!!

A despeito de os profissionais falarem sobre a obrigatoriedade de se ter que incluir algumas questões no projeto do adolescente, como a inserção do adolescente na escola, ou em um processo de escolarização profissional, eles citam em um determinado momento o que eles denominam de PIA diferente.

O PIA diferente é justamente o projeto no qual eles tinham que negociar com o judiciário a assunção de medidas e metas, para o projeto de cada adolescente, diferentemente do que foi proposto como padrão ou obrigatório para execução da medida. Ou porque eles estimavam que esse adolescente não conseguiria cumprir qualquer uma das coisas que fora proposta inicialmente ou porque eles consideravam as situações em que o adolescente se encontrava para traçar outra forma de atendimento às necessidades deste através do PIA.

Um dos casos descritos como o de um menino que teve um PIA diferente construído é relatado abaixo como possibilidade do caso a ser acompanhado pelo estudo.

Os profissionais descrevem abaixo a complexidade de atendimento de um caso que já havia sido atendido por outro programa do próprio CREAS denominado Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI – para pessoas que tiveram os seus direitos violados. O adolescente, conforme dito abaixo, já havia sido acolhido na instituição anteriormente pelo programa.

Sim, com gravidade, é uma família que o adolescente já foi acolhido, já passou pelo serviço de acolhimento e ele quando chegou aqui pra medidas a técnica de referência do PAEFI me falou que procurou soube que o caso estava comigo, a Sxxx e veio falar que ela já conhecia a família, o menino, veio me falar um pouco do histórico. Ai fui levantar o histórico desse adolescente, vi que é um caso hiper complicado, né assim é um histórico de vida bem, tem 'n' questões e é um menino que tem dificuldade em aderir a qualquer encaminhamento. Se você for fazer uma análise é um menino que precisa de 'n' encaminhamentos principalmente, eu avalio inclusive de saúde

mental e ele mal vem aqui, que é onde ele é obrigado e tem essa coisa da sanção, ele sabe, ele tem, uma coisa que ele tá sendo obrigado pela justiça para fazer ele tem dificuldade (T1.CRE).

Esse menino vir aqui comigo, já é um ganho pra ele, porque eu vejo que eu consigo conversar umas coisas, que essas coisas, que essas coisas fizeram ele...a mãe que fala de umas reações dele e assim se pra ele é difícil vir num lugar onde ele é totalmente obrigado, não adianta eu dizer olha vou te encaminhar pro CAPS ou fazer um encaminhamento onde você possa falar das suas questões. E aí nesse contexto de medida eu consegui trazer algumas questões que eu achei que foram interessantes e aí entra justamente a questão da burocracia da medida. Eu falei xxx, pedir pra ele vir aqui eu sinto que já é um esforço enorme, eu vejo como um ganho grande, agora querer que esse menino vá fazer PSC no posto, ou vá pra escola, ele também tem 'n' questões, me parece exagerado (T1.CRE).

Vamos colocar como a meta dele vir participar dos atendimentos, né e colocar pro juiz que devido a todo o histórico de vida, devido a toda essa avaliação (T1.CRE).

A ideia do PIA diferente era justamente fazer com o que foi prescrito para o adolescente não prevalecesse sobre o que ele de fato poderia fazer e se beneficiaria. A técnica avalia que o garoto não teria condições de fazer trabalho de prestação de serviços comunitários, tampouco iniciaria um tratamento em um serviço de saúde mental caso ele fosse somente encaminhado para tal lugar. Nesse caso, ela propõe uma flexibilização inicial no esquema de atendimento dele alegando que o fato de ele estar sendo acolhido por ela, profissional do CREAs, já era bastante para ele. E que esse atendimento de alguma forma, na visão dela, reverterse em alguma coisa significativa para o adolescente.

Para isso, os profissionais sugerem e negociam junto ao judiciário uma possibilidade de flexibilização do que foi prescrito pelo juiz.

Sobre essa negociação, o caso é antes conversado entre a coordenação do serviço e após isso, a questão é levada até o juiz que dá o parecer sobre a possibilidade de alteração do PIA ou não.

Não é claro o papel do psicólogo na assistência, mas você tá fazendo uma leitura que eu avalio que seja uma leitura técnica de psicóloga e sei lá, se você acha que isso é um ganho e que isso vai ser de fato importante para o menino e de fato isso já é um fato. Então nós vamos pedir isso ao juiz (T1.CRE).

Aqui fica claro uma outra questão emblemática entre os profissionais que foi novamente a composição do trabalho entre a questão da generalidade, do trabalho

de orientador e a especificidade de trabalho dos profissionais, os quais, na concepção deles, foram convocados justamente para contribuir nessa esfera, a da especialidade em uma equipe multiprofissional, tal como requisitado na legislação da área (BRASIL, 2012a).

Em consonância a isso, a fala acima também abordou a questão da falta de delimitação do trabalho do psicólogo na área da assistência social, o que se repetiu inúmeras vezes nas falas das técnicas, inclusive em suas angústias de se ter que, em diversos momentos, inventar um trabalho, ora baseado na experiência que elas tiveram no contato com a comunidade atendida pelo serviço, ora no cotidiano do próprio serviço.

Na composição desse trabalho, denominado pelos profissionais de PIA diferente, eles declararam que além da negociação com o judiciário, eles também elaboravam relatórios mais singularizados que se revertiam em diferenças qualitativas e quantitativas positivas para o manejo do caso.

É um relatório que eu inclusive não envie, porque eu ainda quero discutir né com a xxx porque é um formato totalmente diferente. E como fica o ir pra escola, como fica as medidas, as determinações, os combinados com o judiciário, não o que descreveram ser né (T1.CRE).

Outro depoimento interessante sobre o que seria o PIA diferente ou em que consistia a sua composição é mostrado abaixo.

O que que é mais importante pra esse menino? Tá em acompanhamento, tá com você perto, fazer todas essas mudanças, o que é possível, não é a medida. É justamente isso o objetivo da gente aqui é esvaziar um pouco essa sanção, a gente pode fazer isso com o menino, com a família, mas a gente esvaziar realmente essa visão da sanção e trabalhar tudo isso daí, que é o que é mais importante, não a sanção (T3.CRE).

Acho que a gente tem esse diferencial aqui, conheço todos os técnicos e acho que a gente tem esse diferencial aqui, que é o que a gente está falando, esvazia essa questão do judiciário que atrapalha muita coisa, que é o que você falou. O que é mais importante pra esse menino, minimamente a gente tá fazendo esse trabalho com ele que é enorme (T3.CRE).

Aqui os profissionais falavam da importância do atendimento do adolescente, sobre o que era possível e o que era necessário para esse garoto.

Outra questão trazida nessa discussão foi o trabalho dos profissionais na tentativa de esvaziamento da sanção ou do seu valor restritivo e encarcerador, do estigma de portar o cometimento de um ato infracional. A sanção ou o peso do que ela proporciona era tido como algo que atrapalhava na consecução do processo de articulação de cuidado ou de qualquer tipo de atenção voltado ao adolescente.

Eu acho que são coisas que são interligadas, a gente por exemplo, tem que argumentar e argumentar muito bem argumentado pra que isso seja aceito. Eu já fiz casos por exemplo em que a meta, a única meta e a meta primordial foi fazer o tratamento (T2.CRE).

Houve uma contrapartida do judiciário, houve alguma não aceitação? (T3.CRE).

Por exemplo, não tem resposta, não tem resposta, ainda não veio a resposta, mas o menino terminou o tempo dele, já fez maioridade, então isso daí são coisas que não...(T2.CRE).

A prioridade é nossa né? (T3.CRE).

Não, mas na medida em que o judiciário tá pedindo relatório em termos da escola, tá pedindo boletim, não, veja...

É, então, eu acho que a gente não tem que ter essa coisa com o judiciário. Ele pede e a gente fala não, isso não é o importante nisso (T3.CRE).

Ademais, a negociação com o judiciário era delicada. Algumas questões, como a matrícula em escola, eram obrigatórias e, em algumas ocasiões, não negociáveis. De fato, o judiciário cobrava como resultado das ações, formulários de matrícula, frequência e mesmo relatórios atestando o que os profissionais conseguiram fazer com os adolescentes.

Outrossim, em outros casos, escutou-se que o judiciário não conseguia responder em tempo hábil as possibilidades de negociação ou dificuldades postas no processo de execução e acompanhamento das medidas. Foi relatado também pelas profissionais o fato de que, em algumas situações, a justiça não conseguia responder a tempo a tentativa de alteração feita nos projetos do adolescente, bem como, que havia descontinuidade no encaminhamento do adolescente ao serviço de saúde.

Quando perguntado aos profissionais que parâmetros eram usados para considerar um caso como PIA diferente, um técnico respondeu então identificando um perfil de menino que está na rede de atendimento há um tempo relativamente ao longo.

Sobre esse perfil de caso complexo e que já tinha inúmeras passagens por outros lugares, também foi destacado que nele existia uma possibilidade de compor

rede com alguém que já atendia o menino no mesmo lugar de trabalho da profissional, mas um trabalho não relacionado com MSE.

No caso, nesse caso aí específico. É um caso de um menino já acompanhado pelo CREAS, né. E justamente por ele ser acompanhado pelo CREAS e pelo PAEFI a gente, eu acho que isso é a principal coisa. Primeiro, a gente teve acesso ao histórico dele bastante detalhado, porque quando a gente chama as pessoas pra virem aqui, lógico a gente chama a mãe pra fazer, como se fosse uma anamnese, a gente faz aquele levantamento psicossocial, a gente tem algumas informações, mas eles mesmos por aquilo que a gente falou, pela maneira como eles nos veem, não fazem muita questão de dar muita informação, até porque cada pessoa tem gente que fala mais, tem gente que fala menos. Esse menino a gente teve acesso ao histórico dele, é um menino que já passou por serviço de acolhimento, é um menino que passou pelo PAEFI, ou seja, é um menino que está na rede de atendimento há muitos anos, e por isso é uma coisa que me chamou muita atenção e que me fez justamente querer que foi discutir o caso com a xxx,(...) (T1.CRE, grifos nossos).

É justamente pelo caso de ver a quantidade de erros do judiciário. Uma história de vida bastante delicada, todos os outros meninos tem, mas na verdade né. É uma questão é bem isso. Todos os meninos a gente deveria ter um olhar poder ter um olhar individualizado, poder olhar pra história de vida dele e pensar numa coisa, num Plano individual de Atendimento. Mas não, se eu te falar que é assim é mentira, é massificado, é massificado, por quais motivos... aí vou falar eu né. As outras pessoas podem falar (T1.CRE).

Outra fala reforça a ideia de que o caso para PIA diferente era um caso que peregrinava na rede, de um adolescente que já havia transitado por vários lugares (rede) designados pelo profissional e suscetível a inúmeros abandonos e a reprodução dessa condição.

Eu vi que de fato é aquele menino que a gente fala, o problema é a tragédia anunciada que a gente fala. Ele tinha um problema lá atrás, que não foi resolvido, aí ele vai pra acolhimento, reproduz um abandono pior do que estava e é aquele menino que nunca sai da rede. (...) no abrigo, é a mesma coisa. Violação de direito, violação de direito, daqui a pouco ele começa a ser um violador de direito, ele tá infracionando. E é a mesma coisa, aqui foi um menino que eu tive que eu vi, que eu consegui ver de trás pra frente, então me mobilizou muito. Então é meio uma questão tensa, tens coisas aí, é o fato de um menino estar na rede, o fato que bem ou mal traz uma identificação pelo serviço sei lá, me causou uma mobilização pelo histórico de vida e enfim, é um caso, por isso acabou sendo um caso diferente (T1.CRE).

Os parâmetros definidos para o estabelecimento de um caso que merecesse ter um PIA diferente, combinava com a situação da maior parte dos/ adolescentes em MSE no CREAS, exceto pela possibilidade de composição de rede e outras complexidades, talvez de maior diversidade. Esse movimento de singularização de

um tipo de trabalho se dá claramente pelos agenciamentos de desejo e afeto produzidos nos profissionais por tamanha situação de fragilidade em que esse adolescente se impunha. Esse agenciamento irrompe a produção de linhas de segmentariedade duras e moleculares e se produz diferença nas práticas profissionais, se produz desejo, tal como enunciam Deleuze & Guattari (1995).

Ademais, a situação descrita pelo profissional como perfil do adolescente para a construção do PIA diferente pode ser relacionada com um estudo¹⁷ realizado com profissionais de CAPS álcool e drogas infanto-juvenil em que eles nomeavam como ‘filho da rede’ o perfil de adolescente que tinha uma grande complexidade e que os desafiava ou mobilizava para o trabalho. Eles usaram esse termo justamente para falar do adolescente que passou por inúmeras situações de abandono fora e dentro da rede, e que foi internado ou esteve em instituições públicas, abrigos transitórios e permanentes, serviços de saúde, conselho tutelar ao longo de toda a vida dele.

Ainda sobre o PIA diferente os profissionais destacaram que ele ocorre somente em alguns casos. Um profissional relatou que de uma estimativa de 30 casos um dos casos seria PIA diferente.

Os profissionais refletiram também que o PIA diferente não é somente um investimento diferente que se faz no caso, mas ele é a própria ideia de singularização que todos os casos deveriam ter. Mas, que pelas dificuldades descritas no cotidiano do serviço não era possível produzi-lo para todos os adolescentes. Ainda que a maior parte dos adolescentes tivesse situações de vulnerabilidade parecidas com o perfil descrito.

Mas enfim, pelo volume de casos que a gente atende, que é acima do previsto em lei, o indicado, inclusive, que a gente atende, pelo fato da gente não ter braço pra fazer esse atendimento mais aprofundado e muitas vezes não ter recursos. A gente precisa ter um fluxo prático que funcione de resposta, até porque a gente tem essa cobrança muito rápida do judiciário. Não sei se a xxx diria isso, eu diria isso. A minha visão, eu interpreto mais ou menos dessa forma. Então acaba sendo um trabalho que a gente acaba fazendo massificado, muitas vezes. É mais ou menos padrão com algumas pequenas diferenças. Porque, porque a família não se interessa, o menino não se interessa, não tem também braço pra fazer uma coisa mais específica, ir a fundo em cada caso, avaliar e conhecer cada caso a fundo pra poder avaliar melhor quais seriam as necessidades, o que já seria um ganho. Então a gente foca muito a nossa atenção pra tentar fazer algumas coisas que vão servir pra todo mundo. Trazer coisas, atividades, pessoas, tentar trazer cursos eu acho que pra atingir o maior número possível porque eu acho que a gente não tem braço pra conseguir fazer uma coisa ficar como precisaria (T1.CRE).

¹⁷ O estudo ao qual se refere é a dissertação de mestrado realizado por Bastos em 2013.

Além das dificuldades explicitadas no dia a dia do funcionamento do serviço, existia algo no contato com os adolescentes que também produzia desafios, dificuldades e incômodos nos profissionais que explicavam de alguma forma a composição padronizada dos PIAs, a exemplo das diferenças de investimento que eles relatavam perceber de pais e adolescentes no trabalho com as MSE.

Os fatos descritos repercutiam desafios e, em alguns casos, necessidades e, derivados dessas, possibilidades de atendimento e de investimento variados nos casos dos adolescentes.

6.2.3 Sobre limites e possibilidades do trabalho com esses adolescentes.

Sobre os limites e possibilidades de atuação dos profissionais com os adolescentes em MSE, muitos trechos das conversas indicaram que os profissionais falavam de um “não ter o que fazer”, de um sentimento de frustração e de ambiguidade diante da complexidade conhecida em cada caso para atuação.

Os profissionais relatavam em alguns momentos suas angústias. Em outros, se remetiam a uma posição de circulação, entre pais e profissionais, de atribuição ora de culpa ora de responsabilidade em relação à possível transformação comportamental do adolescente. No bojo dessa circularidade, destacavam o fato que lhes seria atribuída a expectativa do exercício da parentalidade. Falavam sobre as exigências inadequadas em torno do trabalho deles.

Mas existe também uma coisa dos pais usarem a gente. Os pais falam assim, dá uma bronca nele e diz que você vai mandar prender. Tem que ficar explicando que não é a nossa função. Existe uma mistura, ou muito assim a expectativa quando eles vêm pra cá. Eu sempre pergunto qual a sua expectativa. Ahh então, que você ensine, que você oriente, que você... né? Então eu acho que tem um, que não sei se fica o lugar do cuidado entende? Quanto ao cuidado poder entrar frente a todas essas coisas que vem no pacote (T2.CRE).

Os profissionais falavam que os pais os enxergavam como as pessoas que possuíam autoridade sobre o que o adolescente fazia e, apostavam com isso que essa autoridade interferiria no modo de vida do adolescente.

Foi o que eu fiz um esforço pra conseguir colocar no curso e aí ele foi uma semana, achou chato, saiu, sem falar nada e aí a mãe chorou e a pessoa do curso me falou que a mãe foi lá desesperada e disse como é que eu vou falar p xxx que o menino não quer vir. E aí eu vi que o menino veio aqui e disse, ahh não não quero, achei que prefiro trabalhar no supermercado, aí eu falei, então eu vou pedir a prorrogação da sua medida porque isso aqui não é opcional, fazer esse curso...só que é uma coisa autoritária porque a gente sabe no final das contas que o que a gente pede acaba sendo acatado pelo judiciário, se a gente pede o encerramento ele faz o encerramento, pelo menos na maioria das vezes (T1.CRE).

Essa expectativa não era, entretanto, de todo modo irreal, visto que quando os adolescentes rescindiam em comportamentos inadequados e em confronto com o que anteriormente fora acordado entre as partes, os profissionais se utilizavam de medidas coercitivas para fazer com que eles cumprissem o que fora antes combinado. O que também pode ser visto abaixo no que foi chamado de penalização socioeducativa.

Gostei mas tive que deixar, acho que é melhor (...). Aí eu falei assim pra ele, sabe o que você tá falando, você tá falando assim? O juiz falou você vai pegar nove meses de Fundação e você tá falando não peraí que eu vou lá na padaria comer pão com mortadela e eu não quero ser preso agora, entendeu? Então eu quis fazer uma analogia, mas isso não é opcional, isso não é opcional, porém isso não deixa de ser educativo, porque o próprio juiz quando ele...é uma sanção, ele tá colocando uma sanção, liberdade assistida cumulada com, então é uma obrigatoriedade porque ele tá colocando isso em um termo judicial e isso é judicial, é uma ordem, mas ao mesmo tempo é sanção educativa aí fica aquela discussão, peraí o que a gente tá mandando você fazer? O que o que o juiz quer de você? Então eu tive que trazer toda essa discussão né. Então, é uma sanção, é uma sanção? Porém ela não é desvinculada...qual foi o termo que você usou?? Penalização né? É uma penalização porém ela não é desvinculada, ela é uma penalização sócio educativa, porque a pena dele é ter que fazer um curso, é ter que se profissionalizar, né. Então eu acho que isso é relevante pra nossa discussão (T1.CRE).

Essas duas falas refletiram a posição de ambivalência em que os profissionais permaneceram, pois se era muito difícil produzir cuidado diante da figuração de temor para os adolescentes, em algumas ocasiões, esse poder era usado para sinalizar ao adolescente as consequências inclusive de ordem legal que podiam advir das atitudes de recusa e negação na realização das atividades, principalmente as obrigatoriamente determinadas pelo juiz na cumulação de coisas ao termo da MSE.

Os profissionais mostram dilaceramento em uma visão maniqueísta de que o cuidado anda em trilhos diferentes da imposição de regras e ou responsabilização do adolescente.

Eles ficam angustiados e incomodados porque não vislumbram o cuidado em interseção com a questão da responsabilidade. Mas o cuidado tbem tem um componente muito forte na atribuição de responsabilidade e limites aos adolescentes. E como isso seria feito??

Por outro lado, quando eles falam que minimizam ou agem de forma a re-orientar, impor limites, ameaçar os adolescentes, eles o estão considerando por menos, tratando-os como “responsáveis pela metade”, remetendo-o ao lugar do adolescente antes dele ter sido posto na condição de sujeitos de direitos. Então se esse adolescente não consegue ser responsabilizado pelo próprio ato ele deve ser tutelado. A justificativa para a tutela se cristaliza.

Alguns autores discutem como a composição de um modelo de garantia de direitos propostos sobre os resquícios de uma visão assistencial, sócioeducativa e tutelar puderam produzir um modelo misto que se configura de forma bastante distinta do que é preconizado, principalmente quanto ao processo de responsabilização e cuidado ao adolescente que cometeu ato infracional (SPOSATO, 2013 & SARAIVA, 2016).

A questão ainda pode ser relacionada com a discussão da concorrência entre uma atuação mais tutelar ou de maior produção de corresponsabilidade com os pais produzida no serviço.

Tendo a questão da tutela, raiz na postura de amenizar os termos dos acordos feitos, vale a pena apontar como a ação deles assumia esse papel restaurando na aplicação de MSE uma posição descrita por alguns autores no início do século XX (ASSUMPÇÃO, 1995; DONZELOT, 1986; SANTOS, 2009). Nessa conjuntura os pais eram seres inaptos a cuidar dos seus filhos e diante disso se devia uma intervenção por parte do Estado para a restituição da ordem, ou ainda para prevenir que um adolescente não se tornasse um delinquente. Isso explicaria os pais corresponderem a essa expectativa e mais, explicaria o fato dos profissionais se verem incomodados e encurralados algumas vezes com a percepção de que os adolescentes os viam como extensões do judiciário, como agentes que os delatariam ou poderiam promover o endurecimento da sanção que receberam, até mesmo, o encarceramento deles.

Eu já tive inclusive um menino que ficou tão apavorado aqui que ele não quis que eu fechasse a porta, apavorado (T2.CRE).

Mas por que...

Porque ele sabia que tinha outro processo correndo contra ele e ele veio perguntar, eu falei olha eu preciso perguntar eu não sei se tem ou não. Dai eu perguntei liguei no Fórum e disse no Fórum da infância não tem nada e eu explicando pra ele. Na vara da infância não tem, se você foi preso e já tem 18, então você tá correndo em outros processos, você tem que procurar em tal lugar, orientei tudo. Mas ele não deixa a porta fechar a porta nem nada, largou os documentos aí. Dai ele saiu ficou lá fora, deixou os documentos. Dai tentei explicar tudo o que ele tava me perguntando por que eles largam os documentos também pra, eles são os caras que mais perdem documento na vida e é de propósito (T2.CRE).

Os profissionais reforçaram então que eram vistos em muitos momentos como extensão, porta-vozes e /ou mensageiros do judiciário e que isso influenciava radicalmente o trabalho que realizavam com os adolescentes muitas vezes engessando e precarizando a relação que poderiam estabelecer com eles.

Ao mesmo tempo em que o eles se vêem diante das tarefas de exercício de responsabilização, de limitação e de realização da instância da lei, tais tarefas não encontram ponto de sustentação em suas identidades de cuidadores e de protetores dos adolescentes.

A “lei” em sua significação psicológica advém de um outro lugar, externo às interações psicossociais existentes entre eles trabalhadores e adolescentes. Nesse vazio identitário, o lugar de emanção da lei é monopolizado pelo judiciário. Assim, esvaziados concretamente dessa dimensão, os trabalhadores entretanto se vêem condicionados a exercê-la, agora não como instância de cuidado, mas como coerção institucional. São arrolados em um jogo em que o pano de fundo é a dissonância cognitiva, tal como formulado por FESTINGER (1975), lhes resta o desenvolvimento da culpa e da angústia.

E fica a indefinição de que raio de trabalho é esse, que não é somente circunscrito pela responsabilização, mas também por algo que parece não estar definido ainda. Uma atuação pautada na proteção e produção de cuidado.

A visão do cuidado parece ligado então na amenização das condições de endurecimento da medida caso o adolescente não cumpra com os acordos feitos.

Então assim nós somos os demônios mesmos, as pessoas que... tipo eu não to fazendo nada de errado. Vocês estão aqui querendo me roubar, aí as falas que são recorrentes. - Ahh mas ela vai mandar me prender? Ahh você vai

mandar me prender?? Tipo, a gente é polícia, a gente é juiz, entendeu...então isso eu acho que é uma diferença gritante crucial de outros tipos de atendimento e de cuidado. Isso é gritante. Duvido que por mais que tenha as outras sanções sociais e tal, mas ninguém vai no medico achando ou confundindo o médico com a polícia, ou com o juiz, ou achando que vai ser preso porque vai no médico. Isso é muito gritante e isso é muito triste porque isso dificulta muito o acesso a eles (T1.CRE).

Não mas já interfere totalmente, por exemplo o olhar com que ele chega aqui, o jeito dele olhar pra gente, já é totalmente diferente (T1.CRE).

A literatura sobre o trabalho com MSE descreve extensivamente o fato dos profissionais que trabalham com medidas socioeducativas serem vistos com a função de vigilantes e delatores, sem entretanto, analisarem a questão do cuidado e as contradições ou dissonâncias que essa especificidade de suas posições produza. Eles são apontados como os braços do judiciário, ou como os olhos do Juiz, que diante de qualquer deslize denunciaria os adolescentes para seus algozes (LENZ & CRUZ, 2009 & MALVASI, 2011). Há ainda descrito o fato dos adolescentes permanecerem no papel de fugitivos e suspeitos socialmente, pessoas que estariam sob a mira da delação desses profissionais (MALVASI, 2011).

Nesses termos o cuidado em saúde acaba por tornar-se menos importante diante da possibilidade do estigma provocado pelo uso ou da questão do endurecimento da medida em prol desse uso.

Resultado, eu fiz o encaminhamento e ela é mas eu não sei se... eu falei você quer o tratamento, você quer deixar de usar? E ele fez assim quieto. Ela estava preocupada com a verdade escrita e não com a verdade concreta que vai ser necessário...Ai meu Deus vai contar para o juiz? (T1.CRE).

O uso da droga se revestia em malfeitoria e fato que poderia ser delatado e não em condição que precisava de cuidado em saúde. Reflexo do que chamamos de criminalização do uso e guerra às drogas¹⁸.

Contudo, os profissionais tinham uma visão particular desse adolescente que também resultava na forma como eles se posicionavam para gerir e orientar a MSE.

Essa visão vai retratava um adolescente em várias facetas:

¹⁸ A expressão guerra às drogas é usada aqui para ilustrar uma posição política de combate ao uso de drogas que tem defendido posturas de criminalização do usuário de drogas.

- a) Alguém que não possuía condições ou, na maioria das vezes, não mostrava que tinha discernimento sobre as consequências do ato que cometeu ou ainda do que podia lhe acarretar o descumprimento da medida;
- b) Alguém revestido de um certo alienamento sobre o significado da MSE e um processo de dissociação, na sua entrada no serviço, respondendo muitas vezes que não sabia qual era a sua MSE e outras informações solicitadas;
- c) Alguém que respondia de maneira passiva ou estereotipada ao que lhe era solicitado. Aqui estereotipia tinha o sentido de fala ou jeito de comportar-se de maneira rígida, padronizada e repetitiva, a fim de produzir o que ele imaginava que lhe fosse esperado para cumprir a medida de maneira adequada.

Essas características e outras questões expostas representavam obstáculos ao trabalho de orientação, acompanhamento e olhar relacionado ao adolescente em cumprimento de MSE, incluindo os adolescentes com demandas em saúde mental.

6.2.4 Um olhar sobre uma adolescência e a produção de subjetividades. Quais subjetividades?

As observações e vivências relacionadas com o campo de pesquisa, incluindo a reunião de acolhimento em que o CREAS recebia os adolescentes para iniciar a MSE, chamaram atenção pela forma como o adolescente se portava. O modo apático descrito pelos profissionais era observado no semblante de um adolescente que não conseguia responder por qual MSE ele estava chegando no CREAS. Essa condição é descrita no diagnóstico realizado para a constituição de um projeto de atendimento em MSE em Osasco (OSASCO, 2012a).

Essa percepção, de um adolescente apático e alienado do significado da MSE a qual estava cumprindo, coaduna com algumas falas dos profissionais que o identificam de acordo com as formas descritas abaixo.

Tem a apatia. É, mas acho que eles são apáticos para a gente, eles são apáticos a muito que a gente oferece, não sei se pelo uso das drogas... Eu acho que esse mundo que a gente oferece os deixam assim apáticos porque é apática uma escola desmotivadora, uma escola realmente apática (T3.CRE).

O termo alienação pode ser relacionado à situação do adolescente nos seus inúmeros significados possíveis, tais sejam, cessão de bens, transferência de domínio de algo, no caso sua liberdade ou vontade, diminuição da capacidade dos indivíduos de pensar e agir por si próprio, afastamento, perda da noção da realidade, tornar-se outro num processo de estranhamento de si e quiçá enlouquecimento.

Vale destacar que não somente os adolescentes são remetidos a esse lugar da alienação, mas também os profissionais quando reconhecem o seu trabalho como extensões do judiciário. A saber, quando eles se fazem “outro”!

Sobre isso a pesquisadora relatou o seu entendimento sobre um processo de acolhimento que participou em que lhe pareceu que os adolescentes falavam de histórias parecidas, sobre questões que lhes foram negadas e após uma sucessiva gama de acontecimentos de falta de acesso a instituições, como o direito deles de frequentar um curso, ou de fazer uma determinada coisa, eles cometiam o ato infracional.

Os profissionais falaram então que discordavam dessa visão e que os adolescentes que chegavam no serviço estavam bem aquém dessa possibilidade construída na imagem feita pela pesquisadora da ocasião.

Eles estão cinco passos atrás disso que você tá falando, eles não chegam a acessar uma ambição. A ter algum desejo...(T2.CRE).

A conseguir ter o desejo, a conseguir ter ambição. A realidade deles priva eles, eles não conseguem chegar no ponto eles podem ter contato com esse tipo de oportunidade pra saber o tipo de oportunidade que eles tão perdendo na vida, entendeu? É tão carente, que é uma carência que eles param três passos antes (T1.CRE).

Aqui se incluía a percepção do adolescente destituído de desejo e carente; do adolescente que parecia não responder ou ter ambição por nada do que lhe era ofertado. E os profissionais seguiram falando do que se tratava essa falta de desejo/ ambição.

Eu não sei se é uma carência de dinheiro porque você vê, uma carência de recursos financeiros, acho que tem tudo a ver com uma carência de recursos emocionais da própria família porque quando você vai fazer uma observação dessa família, vai conversar com essa família, você vê os objetivos as vezes da família, que as vezes aquele adolescente conseguiu chegar o mais, tá melhor na escola (T2. CRE).

A carência emocional da própria família, aqui posta, se aproximava novamente da ideia do início do século XX de que algumas famílias se marcavam pela inépcia. Tal consideração recaía, principalmente, sobre as famílias pobres consideradas inaptas para cuidar de seus filhos, o que era suficiente para justificar ação do Estado de custodiar essas crianças para melhor educa-las/ cuidá-las (DONZELOT, 1986).

A falta de desejo do adolescente, que refletiria sua posição de apatia, era ironicamente substituída nas falas dos profissionais pela existência de um desejo “inadequado”, a saber um desejo voltado ao consumo de bens considerados naturalmente fora da órbita do que se encontra disponível dada sua condição socioeconômica. O desejo é comumente atribuído ao consumo de coisas caras como tênis, roupas e outras coisas que eram notadamente descritas como discrepantes para o poder aquisitivo das famílias desse adolescente.

Ou até de ir atrás desse teste; não sei se dá para por agora, eu não sei se uma forma de desejo, eu fico pensando nisso, eles têm um desejo porque eles querem coisas, ele quer o tênis, ele quer a blusa, ele quer a roupa de marca, o boné, ele quer o carro, a moto... ele quer um monte de coisas só que parece que o processo para chegar lá é que ele fica meio desbaratado, entendeu? (T2.CRE).

Ele obtém ou é a frustração, ele não vê a outra possibilidade porque a outra demanda tempo então não é, é imediatismo, é o pensamento mágico... Então, não é a falta de desejo (T2. CRE).

Aqui cabe novamente falar do desejo como descrito por DELEUZE & GUATTARI (2004) como instância de produção, agenciamento maquínico que recolocava talvez esses adolescentes na posição de desejantes em conjunto; desejantes de um cenário que viesse em contrapartida ao ato infracional, ou dos múltiplos sentidos enfatizados pelo projeto de atuação construído para o município de Osasco e, principalmente o serviço do CREAS (DELEUZE, 1988; OSASCO, 2012a).

Os adolescentes eram vistos então pela lente da inadequação de valores ao desejar coisas incompatíveis com a representação que deles se fazia ao mesmo

tempo em que se lhes acusavam de inapetência por coisas que a rigor deveriam valorizar, tais como honestidade, trabalho, estudo e obediência entre outras.

A esse respeito, uma profissional afirma, então que as coisas verdadeiras do nosso mundo, a saber, ser “honesto, frequentar a escola, as obediências, as esperas, o trabalho de mais de oito horas por dia, o fazer hora extra e juntar dinheiro para comprar algo que queremos” – eram estranhas ao adolescente usuário do serviço.

A questão da diferença de valores presentes entre os profissionais e os adolescentes era trazida como ponto que dificultava de maneira importante a interlocução. No relato deles, era muito difícil trabalhar com usuários que tinham valores distintos dos seus, a exemplo de algumas situações relatadas pelos adolescentes, como: achar que se roubou algo isso passa a lhe pertencer de direito, ou ter a prática de comprar carteira de habilitação, ou ainda pegar e andar, sem carteira em motos roubadas.

O relato abaixo expressou um pouco essa diferença.

Tem menino que vende drogas mas ele fala: eu não roubo! Vender drogas é uma atividade lícita, o roubar é que é o problema, então eu acho que é muito amplo (T1.CRE).

A diferença de valores, a dificuldade de acesso a esse mundo do adolescente que cometeu ato infracional e a própria falta de opção que os adolescentes traziam em suas histórias de vida ou da apatia que apresentavam sobre os cursos e oportunidades que lhes eram propostos talvez os identificassem como seres sem perspectiva, funcionando em uma lógica bastante imediatista. Além dos exemplos acima, os profissionais relataram outras experiências em que os adolescentes largaram os cursos profissionalizantes em que estavam matriculados para trabalhar num emprego que apareceu.

As linhas de segmentariedade produzidas na composição dos serviços, definindo os adolescentes em estratos de existência, as vezes de maneira binária – desonestos, atrapalhados, desvalidos de desejo - produziam agenciamentos que dificultavam a consecução do trabalho de orientação na execução de MSE e principalmente, a perspectiva de reforma prevista desse adolescente.

Outrossim, diante das dificuldades postas na situação de vida dos adolescentes e as condições de carência financeira e afetiva em que viviam, a equipe se posicionava de maneira desconcertante. Alguns relatos falavam de um sentimento de

frustração e angústia diante da impossibilidade de se fazer do jeito que apostavam que deveria ser. Outros relatos referiam-se à diminuição da exigência que se propunha ao adolescente bem como da expectativa de aproveitamento em relação ao que lhe era oferecido.

Se tais relatos podem se explicar por um movimento de demissão desejante dos profissionais em face da confrontação à alteridade do desejo, não se pode também deixar de perceber nessa atitude uma conformação ao desejo do adolescente que possivelmente encobriria uma percepção apriorística de que com eles não havia nada a se fazer.

Eu acho que o nosso mundo não tem sentido para eles, ficar no mesmo emprego... não tem sentido, é um negócio sem sentido. E é uma forma de ver, é uma cultura é um jeito de viver diferente, que eu acho que é só transformado pela educação, ter uma boa educação e que comece lá embaixo e que não abandone na 5ª série (T3.CRE).

Eu não sei se eu me frustro entendeu? Porque eu tento fazer o melhor porque eu acho que são coisas assim tem o meu trabalho e tem o que eu consigo com o outro, porque eu dependo dele.

- É, porque o outro muitas vezes ele não quer.

- E, ou não pode entender? Agora se eu conseguir pequenas mudanças eu não fico esperando mudanças radicais também, eu tenho uma expectativa menor, eu tenho uma expectativa assim cumpriu a medida, fulano tal está na escola, ou não está na escola mas arranjou um trabalho, está conseguindo ter uma inserção social eu acho que não é o ideal mas eu acho que é o que é possível (T3.CRE).

Mais ainda. Pode-se pensar que além dos valores acima elencados, outros tantos, tais como, expiação, redenção, reparação, eram tão estranhos aos adolescentes que a ausência deles tinha por efeito promover um embrutecimento ou rigidez nesses jovens.

Sabe que tive um menino que antes dele morrer isso faz uns 2 anos ele tinha 15-16 anos, antes dele morrer numa das conversas com ele falou assim então eu já fiz tanta coisa ruim não tem lugar para mim na igreja. Quer dizer eles não conseguem nem ter dentro deles a coisa da redenção, do ser perdoado do poder mudar de vida, e ele morreu, também roubou o carro de um policial e ficou andando com o carro, guardava o carro, pegava o carro, passeava com o carro...(T1.CRE).

E, cabe questionar se o processo de embrutecimento é unilateral haja vista que o próprio profissional se apequena face à impossibilidade de intermediar o processo

de intervenção efetiva na responsabilização do adolescente. Nessa circunstância se veem ambos enredados na mesma trama.

O encaminhamento do adolescente para um serviço de saúde mental, relatado abaixo, refletia também esse afastamento ou endurecimento dele diante das possibilidades que a rede de atendimento podia lhe oferecer ou articular. Um endurecimento também pautado no estereotipo que se tinha sobre o psicólogo ou as práticas psi.

Eles vêm muito assim, eu não vou pro psicólogo porque eu não sou louco. E a gente passa meses tentando desconstruir uma ideia de que psicólogo, psiquiatra não é pra louco (T3.CRE).

A ida do adolescente que anteriormente era destacado como um não desejo, ou a falta de desejo para ir se tratar em outra instituição, fora, na opinião da pesquisadora, definida em outro plano de desejo, o plano do desejo produção descrito por DELEUZE & GUATTARI (2004).

O adolescente, do qual se fala, dizia algo de seu desejo e de sua visão sobre saúde mental: ir para uma instituição específica era encarnar o papel de louco. E isso, não aceitavam fazer. Outro sentido, seria o de que ir para uma instituição de saúde mental significaria um segundo processo de apenamento ao qual se adiciona o de uma alienação ainda mais radical, a da razão.

A dificuldade de encaminhamento e acompanhamento do adolescente, inclusive em sua inserção na escola, adesão e possível continuidade de atendimento nessa área também foram associadas de uma maneira bastante particular à questão da saúde mental como na descrita abaixo:

E é preocupante mesmo a saúde mental, porque a não aderência, como a parte pedagógica, eu pelo menos vejo no encaminhamento, que nem a xxx falou outro dia, esses rombos no cognitivo, como que nós vamos levar esses meninos, a impotência né (T3.CRE).

Pode-se discutir que a dificuldade de encaminhamento foi ressignificada como algo que decorria ou que sofria também a ação dificultosa dos descritos ‘rombos no cognitivo’ desses adolescentes. Ou ainda, que esses ‘rombos no cognitivo’ entravam como outra condição de fragilidade do adolescente que não frequentava a escola e se recusava a voltar para ela.

O ato infracional apareceu então como uma via possível a um modo de vida precário e em discordância e contradição com os valores e sentidos hegemônicos que se partilham no mundo e, como corpo estanho a esse mundo, se enquista num subsistema denominado como “enlouquecimento próprio”. A composição de estrato sobre a situação de vulnerabilidade e desproteção vivenciada, mas também atribuída historicamente a adolescentes pobres.

Pode acontecer lógico um monte de coisa nele, desde o (endurecimento) que foi uma coisa que a gente falou como também acho que ela pode ir para a contravenção, para a criminalidade de desobedecer às regras, de alguma forma ela está tentando expressar algo que não está bom. É um enlouquecimento próprio (T1.CRE).

As vias de escape para essa precariedade presente na história de vida dos adolescentes, enxergadas e descritas pelos profissionais, situavam o adolescente em ciclos sucessivos de fragilização. Esse processo, por sua vez, cristalizava esses seres no lugar de contraventores natos ao ponto de perpetuar a restrição de liberdade deles quer estivessem cumprindo MSE ou fora dessa condição, como descrito abaixo.

Nesse simpósio teve uma pessoa que falou sobre uma experiência com os meninos no tráfico e ela falou que um menino falava para ela olha eu não saio mais do morro, ele não trafica mais, mas ele não sai mais do morro, ele só vive lá dentro porque ele fala que fora do morro é o preconceito toda hora, a polícia bate, é um jeito de exclusão de botar você no gueto; porque eu se saio andando pela rua todo policial que me vê ele não vai ficar me enfrentando mas esses meninos ficam; gente, se estão andando pela rua eles pegam batida. Em qualquer lugar. Chega um momento que ele vê assim já fica assustado. Entendeu? São coisas e muito sem direito porque esse policial fala eu vou te matar; então acho que eles se fecham naquele mundo de compreensão deles. Para eles se abrirem...Eu acho que se ele abrir muito, passar a sentir muito eu acho que ele não sobrevive na favela. Precisa ser muito embrutecido para viver num ambiente onde tem ratos, onde tem mal cheiro o dia inteiro, onde não tem nenhuma segurança; não pode ser uma pessoa muito sensível se não ela enlouquece, ou ela endurece para poder sobreviver (T1.CRE).

E o adoecimento mental ou o enlouquecimento foi descrito novamente como dispositivo que acolhia, expressava ou reconduzia o processo de precarização da vida. A precarização era identificada como um processo que produzia uma expressão coletiva que eles chamaram de ‘mentalidade sofredora coletiva’, que valorizava, respaldava, sustentava e dignificava a legitimidade de uma guerra constante existente entre pessoas do bem e pessoas do mal. Ressaltaram assim como essa ‘mentalidade’

os fazia entrar na via do sofrimento. A guerra produzida pela segmentariedade de posições binárias na estratificação desses adolescentes na condição de desvalidos moral e financeiramente.

Mas o pessoal fala em sofrimento mental, a questão não é ficar assim navegando pela semântica, eu daria o nome de mentalidade sofredora e coletiva, a semana passada um adolescente que eu acompanhava morreu em um acidente de moto, menor de idade (T1.CRE)

Os dois que estavam prisioneiros contam uma história que ele estava trocando tiro com a polícia e morreu, aí eu fui saber as informações que simplesmente ele deu carona para um, esse daí desceu da moto; não deu carona, não tem aquela coisa de uma moto não estar pegando e outro liga a moto e vai empurrando com o pé? É pedir para acontecer a coisa ruim, escapou dessa e a moto pegou e ele há 2 quarteirões um tanto à frente em numa lombada virou bateu a cabeça e morreu; não foi nada a ver com intervenção policial, mas os dois que contaram a história para eles na mentalidade deles uma morte bonita é assim! Assim que é uma morte digna, é em combate com a polícia. É uma mentalidade sofredora. Esse que é o sofrimento deles também (T1.CRE).

Cabe pensar que o processo de endurecimento no qual estavam inseridos os adolescentes desencadeava uma série de respostas da sociedade e do Estado sobre como tratar esses adolescentes. Essas respostas tinham um viés legal e legítimo, em sua maioria. Por um lado, o do adolescente, esse processo de endurecimento podia refletir, por exemplo, possibilidades mais violentas de cometimento de ato infracional.

Por outro lado, o cometimento do ato infracional em sequência, ou em ordem maior de importância, produzia uma resposta mais amplificada por parte do Estado.

Sabe-se que os critérios relacionados ao impetramento das MSE, descritos no primeiro parágrafo do artigo 112 do ECA, devem levar em conta “a capacidade do adolescente de cumpri-la, as circunstâncias e a gravidade da infração” (BRASIL, 1990). E, que o adolescente que cometeu um ato infracional mais violento e que pode colocar em risco a sua vida e de outras pessoas, se enquadraria nas especificações do artigo 122 do ECA, na descrição das condições em que a medida de internação pode ser aplicada, ou no caso, quando I. tratar-se de ato infracional cometido mediante grave ameaça ou violência a pessoa; II - por reiteração no cometimento de outras infrações graves; e III - por descumprimento reiterado e injustificável da medida anteriormente imposta (BRASIL, 1990).

Pelo dito cabe pontuar que o adolescente que produzia uma ação mais violenta geralmente, a critério da avaliação do juiz, respeitando os critérios da brevidade, excepcionalidade e o entendimento do adolescente como sujeito em condição peculiar

em desenvolvimento (BRASIL, 1990), teria maior probabilidade de lhe ser atribuído uma MSE de internação em instituição fechada.

Pôde-se deduzir em seguida que existia uma lógica de atendimento do adolescente, também pautada na sua imagem, a partir do ato infracional cometido, uma maior ou menor fragilidade, um maior ou menor grau de endurecimento e a recusa das ofertas feitas pelos lugares em meio aberto e fechado os quais o adolescente teria que frequentar de maneira compulsória.

O relato dos profissionais e as vivências no meio aberto propiciaram o contato da pesquisadora com o caso de um adolescente que fora internado na FCASA e esteve em tratamento no CAPS. Nesse caso, pôde-se destacar, na narrativa dos profissionais, uma distinção expressiva sobre o tratamento dado ao adolescente na instituição de internação.

Os aspectos dessa forma de atendimento foram situados pelos profissionais ainda sob a lógica de endurecimento e, além disso, na tentativa de reformatação desse adolescente.

Então, mas tem uma coisa muito interessante, teve uma época que eu parei, eu comecei a ver os adolescentes que vão para a Fundação Casa eles mudam a letra, eles mudam a forma de escrever, eu comecei a observar...(T2.CRE).

Porque eu comecei a fazer algumas perguntas que eu achei interessante, ah quando é que você começou a fazer esse tipo de letra? E daí eu comecei a ver uma certa frequência, é que eu não transformei isso numa pesquisa, aqueles que passavam pela Fundação Casa eles tinham uma alteração na letra, então eu comecei a achar o quanto eles acabavam projetando porque a questão era muito assim por que que eles chamavam de senhora, por que eles não olhavam no olho, então eu comecei a ver de alguma forma eles faziam uma transformação para poder seguir aquele modelo que era imposto e não quebrar aquelas regras até para poder sair de lá só que algumas coisas ficaram como resquício mas não resolvia para ele se tornar um ser melhor, eu comecei a sacar um pouco essas coisas mas é que nunca dá tempo de virar uma pesquisa (T2.CRE).

Porque também é um sujeito em provação (T2. CRE).

O relato da profissional falava de um sujeito que se tentava reemoldurar desde a sua letra, dos resquícios que ficavam e eram evidentes no jeito como esses adolescentes se portavam diante dos profissionais e do significado disso como uma provação.

Provação é uma situação aflitiva ou sofrimento muito grande, que põe à prova a força moral, a fé religiosa, as convicções de um indivíduo. Essa definição,

encontrada no dicionário, reforça alguns significados que podem ser habitar o imaginário das pessoas sobre os adolescentes em conflito com a lei, como:

1. O sentido moral de que eles estão do lado das pessoas do mal;
2. O entendimento de que para combatermos o mal e até reverte-lo em algo bom, temos que guerrear;
3. O entendimento de que esse tipo de tratamento moral está de alguma forma relacionado com cuidado ou faz referência/ atende o que preconiza a consecução das MSE, no caso, a proteção desses adolescentes que tem inúmeras situações de complexidade e precariedade em sua vida que precisam ser atendidas;
4. De que essa parafernália produz sujeitos de bem ou ainda que essa categoria abstrata exista.

Consoante ao dito acima, sobre as tentativas de reformatação desse usuário e os resquícios que subjazeram a esse trabalho, os profissionais destacaram que os adolescentes não necessariamente se transformavam, mas sim aprendiam de maneira estereotipada a forma como deviam se comportar para se livrar do sistema, para desinternar. Adequação foi a palavra oportuna que eles usaram para descrever o processo.

Não, eu acho que que essa mudança de alguma forma é um pró forma ele muda e não sei o quanto de fato isso é uma transformação ou uma adequação. É assim eu vou mudar para eu sair. Vou mudar para ser aprovado nesse processo e ponto. Isto daqui não vai ser uma coisa transformadora que de alguma forma eu vou levar para a minha vida lá fora. Tanto que todos querem esquecer, ah eu não quero falar do meu tempo da Fundação Casa, eu não quero falar disso. Alguns soltam algumas coisas mas os mais escoladinhos ah não está no passado, está esquecido, quero esquecer, e por mais que uns trazem experiências ruins em relação a isso...(T2.CRE).

Outra fala dos profissionais, descrita abaixo, reforçou o sentido bélico moral com que se conduzia o que se chamava de socioeducação. Além disso, de maneira bastante pertinente, frisou o destaque do fracasso dessa ação em produzir adolescentes protagonistas, protegidos e fortalecidos para lidar com a brava resiliência que se deve ter ao escolher ficar com o emprego de empacotador no supermercado ganhando gorjetas, ao contrário de trabalhar para o tráfico e conseguir ganhar muito dinheiro em muito pouco tempo.

Desde que eu entrei aqui eu sempre falo que é assim eles vêm falar o que eles acham e eu quero ouvir. É isso. E quanto mais eles passaram pelo processo do sistema judiciário Fundação Casa mais eles ficam escolados nisso. É difícil, imagino que alguma hora possa emergir assim algo verdadeiro mas por enquanto é essa armadura, armadura (T2.CRE).

A visão do adolescente sendo revestido pela armadura da qual se fala nos remete a duas situações. A primeira, do tónus bélico da intervenção, armadura posta como, tentativa de (re)colocar a ‘arma’ dura, endurecer cada vez mais, reposicionar a arma duramente ou proporcionar o vigamento. E, a segunda, do sentido de expatriação subjetiva que esse processo acarreta ao adolescente, um processo amplamente descrito por GOFFMAN (2001) quando ele fala dos efeitos deletérios que as instituições totais produzem na vida das pessoas que fizeram parte delas.

Segundo o autor quando as instituições totais (de internação) agem sobre o indivíduo produzem neles mudanças dramáticas do ponto de vista pessoal em seus papéis sociais. Para ele quando o usuário passa por um processo de institucionalização em sua totalidade - internação com a qualidade de restrição de liberdade do adolescente e falta de contato com o mundo externo - ele sofre o que ele chama de mortificação do eu, uma supressão forçada da “concepção de si mesmo” e da “cultura aparente” que traz consigo, consideradas ambas, condições ilegítimas.

6.3 O ZOOM SOBRE O TRABALHO EM ATO...PARA O CAPS E SOBRE O TRABALHO COM ADOLESCENTES EM MSE NO CAPS AD

Esse item se compôs das falas dos profissionais no GD e entrevistas realizadas no CREAS e com profissionais do CAPS. A pesquisadora percorreu esse caminho ao seguir o traço de um caso inicialmente visto no CREAS. Posteriormente, a pesquisadora encontrou outro caso no próprio CAPS, vindo da FCASA. Esse último foi por ela acompanhado até seu atendimento no CRAS. Além dos momentos descritos, foram considerados os registros de observação no contato da pesquisadora com o campo de pesquisa nesses serviços.

Aqui apontar-se-ão os (re)conhecimentos, pontos de interseção, encontros e desencontros vivenciados nas entrevistas da pesquisadora sobre os casos de dois adolescentes, sendo um que havia cumprido e outro que estava cumprindo MSE e sendo atendido no estabelecimento.

O objetivo **das seis entrevistas** realizadas no CAPS somadas às duas realizadas com profissionais do CREAs relacionados aos casos abordados foi conhecer o trabalho que se fazia no cuidado voltado à saúde mental dos adolescentes que lá estiveram/estavam, tomando por base as ações discutidas na interseção dos serviços CREAS e CAPS, a partir do PIA dos adolescentes.

O caminho percorrido até o CAPS foi enfocado tanto em relação às vicissitudes próprias do caso (adolescente) como nos reconhecimentos feitos sobre o papel desse serviço no cuidado a atenção a saúde mental dos adolescentes. Isso encontra-se explicitado no diálogo abaixo com uma mãe quando lhe é sugerido levar o filho a esse serviço.

A mãe chorando, a mãe já falou você fica até tarde na rua e eu duvido que seja só maconha, o crack também? E ela: o que? Você usa pedra? Eu falei olha ele está admitindo, mas vocês voltam a conversar, na semana que vem a gente retorna esse assunto mas eu vou encaminhar ele para o CAPS. CAPS? Onde é que fica? Eu não vou ter tempo não! Mas por que? Essa mãe já tem um filho na Fundação Casa. Então o irmão já cumpriu medida aqui, voltou a cometer delito e esse mais novo...(T1.CRE).

Alguns sentidos, descritos anteriormente, denunciavam impressões dos adolescentes sobre os possíveis encaminhamentos em saúde mental associados ao estereotipo de louco em uma dupla condição de marginalização fortemente condenável no imaginário das pessoas, adolescentes infratores e alienados mentais. Outros evidenciavam existência de surpresa e/ou incômodo dos pais ao saber que seu filho seria encaminhado a um serviço de saúde mental. Aqui pesava, novamente, a dupla condição de marginalização, acrescida agora da fantasia de ser denunciado ao judiciário com o posterior endurecimento da MSE por causa disso.

Essas impressões sugeriam que o encaminhamento para o CAPS devesse ser um processo construído de negociação sobre o que pode ser feito e acolhimento das expectativas e ideias dos pais e adolescentes diante da promoção de ações articuladas entre os serviços.

A fala seguir reforçou essa ideia e como deveria/poderia ser o contato do adolescente com qualquer outro serviço de referência ao CREAS. Além disso, principalmente considerou que essa articulação não podia ser proposta somente no momento do encaminhamento, mas, talvez antes disso em outras possibilidades de articulação entre os serviços desde a entrada do adolescente no CREAS. Essa lógica também era válida para os encaminhamentos feitos via FCASA.

O tratamento, acho que essa construção tem que ser feita; tem que trabalhar preconceito, tem que trabalhar tudo isso mais devagar (T1.CRE).

Nas discussões, relacionadas com o que se definia como atendimento de demandas em saúde mental, essa visão foi inicialmente ampliada e questionada tendo em vista a fala dos profissionais do CREAS de que não desenvolviam ações nessa área.

Os profissionais encaminhavam para o CAPS uma fração de todo do sofrimento psíquico ou mental atrelado aos casos de adolescentes que atendiam em MSE. O atendimento da maior parte da demanda não tinha vazão em outros pontos da rede de saúde mental.

Nesse sentido, ao se falar dos adolescentes, o CAPS i curiosamente não é citado como parceiro ou equipamento que recebia comumente demandas de encaminhamento de adolescentes de qualquer ordem de importância em saúde mental.

Na representação que se depreende da dinâmica do fluxo de encaminhamento em que há elisão do CAPS i parece que a condição do ser criança/ adolescente fica em suspensão. Deixam de ser criança/adolescente e, conseqüentemente de circularem pelos caminhos que lhes seriam afeitos. Ao deixar de ser vista como criança/adolescente, sua pessoa se metonimiza em seu transtorno para o qual não há idade nem repartição de ciclos de vida. Ela se transforma num usuário de AD.

Ficou claro que, mesmo fazendo a discussão de que devia existir maior articulação na construção da relação entre CREAS e os CAPSs, as demandas dos adolescentes que geralmente tinham vazão estavam relacionadas com problemas de uso de álcool e drogas e eram encaminhadas ao CAPS AD, às custas de uma violenta distorção de suas próprias identidades.

Então os casos dos quais partimos retrataram uma parte da demanda em saúde mental de adolescentes em MSE.

6.3.1 O trabalho com um caso de PIA diferente e a saúde mental no meio aberto.

O caso levado para o GD foi o de um adolescente de 16 anos, adotado pelos atuais pais quando pequeno, que fazia uso de drogas desde os 13 (segundo relato dos pais) ou 14 anos (segundo o relato do adolescente). Ele fazia uso assíduo de drogas (provavelmente cocaína) quando começou a apresentar problemas psiquiátricos cujas manifestações eram, por exemplo, desnudar-se na rua, surtos psicóticos e outras dificuldades.

A ele havia sido atribuída duas medidas socioeducativas, uma de LA e outra de PSC, sendo que a primeira ele cumpriria em seis meses quando foi encaminhado ao CAPS devido a apresentação dos surtos e comportamentos de tirar a roupa na rua. Na ocasião, o diagnóstico foi o de episódio psicótico, sem estabelecimento de relação definitiva e/ou objetiva desse episódio com o uso de drogas.

Ao chegar no CREAS não estava frequentando a escola. Seus pais eram separados, sendo que o adolescente morava com a mãe e o pai morava no centro da cidade. Aos 13 anos, devido a algumas mudanças na vida dos pais, dentre as quais o fato da mãe ter ficado desempregada, foi morar na casa do pai que já havia, nesse ínterim, constituído nova família. Nessa casa, ele veio então co-habitar com a nova do pai e um novo irmão. Cabe frisar que é por volta desse momento que ele se inicia no uso de drogas.

Antes disso, na casa da mãe, moravam o adolescente, seus avós, sua irmã e seu irmão, que como ele, também adotivo (esse último fora dessa casa por envolvimento com o tráfico de drogas há mais ou menos quatro meses).

Os profissionais ressaltaram que o adolescente tinha uma ligação forte com o irmão que estava envolvido no tráfico de drogas, com quem fora adotado em conjunto no primeiro casamento dos pais.

Na época da entrada do adolescente no CREAS, os pais já estavam separados há 10 anos aproximadamente.

A mãe, no relato aos profissionais do caso, contou que aos cinco anos de idade o adolescente soube que era adotado e que a família tinha um relacionamento normal, mas que esse relacionamento começou a ficar bem difícil após o adolescente ter iniciado o uso de drogas. Sobre os aspectos que puderam ser relacionados ou que aconteceram próximos do início do uso os profissionais falaram:

Eu não faria uma relação direta entre morar com o pai e o uso de droga mas eu faria mais à idade, os 13 anos e tal (T.CRE)

Sobre o adolescente, existia o relato de que ele estava fora da escola, foi pego traficando e de que havia uma expectativa de que a LA o auxiliasse a reorganizar a própria vida e não cometer mais erros.

Ele estava fora da escola quando ele chegou aqui com a gente. Ele achava que a MSE ia ajudá-lo a melhorar e também que ia ajudar ele a melhorar, ajudar a não cometer mais erros, enfim (T.CRE).

Então foi combinado que ele ia buscar título de eleitor e ele iria voltar à escola, iria participar aqui de orientação profissional e ele ia para o CAPS AD, iria fazer reuniões de famílias e participar das atividades recreativas no CREAS. Na época a gente tinha algumas coisas recreativas aqui. Aí a gente começou a perceber que ele foi piorando logo depois disso e a gente começou a ficar em dúvida se ele ia conseguir ou não fazer a PSC em algum lugar (T.CRE).

Piorando com o uso de drogas e os componentes mesmo se ele usasse pouca droga ele ficava muito instável, foi a época que ele começou a ficar sem roupa na casa, tal, então ele tinha uma habilidade para desenho muito grande e a mãe queria... (T2.CRE).

Fizemos novas tentativas lá de por na escola mas o que a gente pede dá prioridade é o CAPS AD que ele começou a frequentar, a mãe dele começou a participar das reuniões do CAPS e a gente achou que ele não ia dar conta em nenhum lugar de fazer PSC então a gente abriu uma exceção e colocamos ele para fazer PSC com o xxx aqui na horta. Então foi muito legal porque o xxx ele apesar de não ter uma super habilidade de fala e tal mas ele se dá bem com os meninos e ele então foi fazer aqui. Foi um lugar que ele se deu super bem porque daí ele vinha e não saía, ele conseguia ficar aqui e não ia lá longe usar droga, sair do espaço para usar droga, e a mãe dele se comprometeu a trazê-lo então sempre alguém vinha trazê-lo e alguém vinha buscar ou o pai ou a mãe, porque nós tínhamos um problema muito sério que apesar dele ter 16 anos ele não podia andar na rua porque mesmo em conversas com o CAPS AD ele ficava muito vulnerável, ele podia dar uma surtadinha...(T2.CRE).

Nesse relato, cabe ver que o adolescente, diante da condição de fragilidade trazida, tal como descrita no PIA-diferente, foi objeto de investimento voltado à reorganização de sua vida que incluía processos de negociação com os pais e com o ele próprio sobre diversos temas do cotidiano tais como: quem o acompanharia e/ou qual a sua real condição para desenvolver determinada atividade na execução da MSE.

Diante da situação de fragilidade do adolescente, estampada em seus surtos psicóticos, iniciou-se a negociação da execução de PSC, serviço desempenhado na horta do próprio CREAS. Essa perspectiva é descrita abaixo na chegada do adolescente à instituição. Vale frisar que era exatamente essa condição de negociação das condições para a realização da MSE que era nominado pelos profissionais como PIA diferente.

Ele tinha um CID. Deixa eu ver se a gente tem isso por escrito... olha, foi levantada uma dúvida que o adolescente estava apresentando um quadro psicótico, então quando ele estava aqui foi que a gente foi adaptando sempre o PIA dele por causa disso. Não se chegou a concluir pelo menos a gente tem aqui alguma conclusão: não se chegou a concluir se o quadro psicótico era um quadro psicótico por efeito do uso de drogas ou se era uma somatória, as duas coisas no processo dele (T2.CRE)

Toda vez que ele piorava acontecia algumas coisas na vida dele que ficavam diferentes daí aumentava o uso de droga e aumentava o quadro, então tinha uma associação e talvez ele tivesse uma coisa que até a gente discutiu lá no CAPS que isso a gente foi a algumas reuniões do CAPS para conversar do caso é que talvez ele usasse a droga como uma medicação entre aspas na tentativa de ficar melhor, porque tem alguns adolescentes que usam a droga naquela angústia, aquele mal estar, a desatenção e tal dá uma focada (T2.CRE).

Aqui foi interessante notar que o caso do adolescente foi discutido entre CAPS e CREAS, em reuniões mensais, incluindo a dinâmica e a função da droga em sua existência, bem como suas passagens por outras instituições fechadas e curiosa aderência ao CAPS.

Ele passou pela Fundação Casa, tem a pasta dele aqui, deixa ver quanto tempo ele ficou na Fundação Casa... ele passou por venda de droga, foi pego com um maior que está na CDP. Fundação Casa por 45 dias, quer dizer ele ficou só na fase de averiguação, ele não ficou numa internação. Ele teve uma época que ele estava muito persecutório...então quando ele usava mais cocaína ele tinha muito essa coisa da perseguição e tudo mais...(T1.CRE).

Como que ele aceitou o CAPS? Ele teve uma aderência. Ele teve (T3.CRE). Atípico, geralmente eles não gostam do CAPS, não querem...(T3.CRE).

Acima, uma das profissionais destaca a atipicidade do adolescente pelo fato dele, diferentemente dos outros usuários, aderir ao tratamento no CAPS. De acordo com eles, o facilitador ou condição da adesão estava-se no êxito de se estabelecer com ele um diálogo, no interesse e proximidade que a família possuía com o caso, bem como, nas facilidades de aceitação que o adolescente mostrava diante das ofertas da equipe.

Ele era, não sei hoje como é que ele está, mas você conseguia conversar com ele, ele aceitava as conversas, nem sempre ele conseguia fazer, mas ele era um adolescente que aceitava (T2.CRE).

A família de alguma forma no início eles deram muito apoio, depois a mãe por questões de ter que trabalhar, o pai ter outra família e tal ficou menor o apoio, mas eles continuaram dando apoio para ele. Apesar dessa coisa pôe na escola, tira da escola, muda de escola dá para levar lá, não dá mais, eles conseguiram dar um certo apoio, então à medida que ele foi mesmo ele não estando na escola... aqui eu tenho uma discussão com CAPS AD.

Ele tinha uma ligação muito grande com esse irmão dele que estava fora de casa, um irmão usuário de droga, um irmão mais velho que estava na rua. Ele tinha a proximidade mas a gente nunca conseguiu falar com esse irmão porque ele estava na rua mas ele tinha às vezes alguns acessos (T2.CRE).

Abaixo, a profissional fez diversas referências tanto às informações que foram coletadas do próprio caso como no investimento que nele se fez, com a postergação da PSC e da retomada à escola. Outro elemento a ser destacado foi o apoio dos profissionais dado às idas e vindas dessa família, na organização dos cuidados voltados ao adolescente, na compreensão e orientação quando a ela faltava disponibilidade.

E aqui relatando ele estava com dificuldade de frequentar a escola no momento pelas questões emocionais então foi uma coisa que a gente não ficou tão priorizando em frequentar a escola e sugerimos que ele fizesse coisas mais alternativas, mas ele ia, a mãe vinha e ia, no final da medida a gente começou de novo a colocá-lo para a escola porque ele estava mais centrado, já conseguia ficar...(T2.CRE).

É, ele cumpriu uma medida em que a escola não foi uma coisa que foi priorizada mas uma coisa que foi priorizada foi a questão de saúde, olha: e a gente cumpriu satisfatoriamente a medida e continuou a cumprir a prestação de serviço e depois fez um encerramento da prestação de serviço também (T2.CRE).

Além das ações descritas, outras estiveram relacionadas com a inclusão do adolescente na modalidade de Educação de Jovens e Adultos – EJA – ao final da medida. Esses dados mostraram que após seis meses de MSE, os profissionais

conseguiram fazer um trabalho bastante significativo com ele. Esse tempo difere do que em geral ocorria com outros adolescentes, quando os profissionais relatavam que seis meses não eram suficientes para se fazer um trabalho significativo.

Ele teve um caso que eu acho assim que foi bem sucedido frente à toda essa articulação conseguiu dar uma equilibrada, mas foi um trabalho que a gente fez junto com o CAPS, nós fomos lá a gente ligava o CAPS ligava, foi muito interessante. A família participou em alguns momentos mas infelizmente das vezes nem tanto, que é diferente...(T2.CRE)

Quando a pesquisadora perguntou sobre o motivo pelo qual o adolescente foi cumprir sua PSC na horta e não outro lugar de artesanato, ou qualquer outra atividade dentro do CREAS, o profissional respondeu que foi feito de acordo com a vontade do adolescente. Um movimento feito pela equipe na direção do reconhecimento do seu desejo.

Porque ele quis. Ele preferiu aqui na área de trabalho trabalhar aqui na terra. Não sei se quando ele chegou ele viu, porque quando chega acolhe eles aí os técnicos e ele quis vir trabalhar comigo. Daí a T2.CRE veio falar que ele queria trabalhar comigo e ele ficou 1, 2 meses ou até mais, ele ficou bastante tempo aqui comigo (T.CRE)

Outro fato interessante também foi o do profissional se reconhecer desenvolvendo ações de saúde mental com esse adolescente, fato que em muitos momentos gerou estranhamentos e questionamentos por parte dos profissionais no GD se a pesquisadora deveria estar no espaço do CREAS realizando a investigação sobre o que se fazia em saúde mental, visto que não era atribuição deles desenvolver ações dessa natureza.

A saúde mental dele foi muito de conversas, de por ele para fazer as atividades que faz bem, conversando sempre bastante com ele porque esse tempo é difícil e que ele desse um valor para a mãe e o pai que se preocupavam muito com ele. E aqui fez bem pra ele, é um ambiente aqui muito calmo e como ele foi trabalhar num ambiente na natureza aquilo deu uma boa calma na mente, as vezes a pessoa pensa que não, mas traz pra gente uma coisa muito boa, traz uma experiência e um ar gostoso. Você pode estar até com depressão chega aqui começa e a terra é uma fisioterapia, pegar na terra a pessoa pensa que não, mas é uma fisioterapia muito boa. Trabalhar a terra, as vezes eu ia plantar pegava a terra com ele e falava: trabalha a terra, mexe os canteiros com a mão aquilo era uma fisioterapia para ele, muito gostoso. E via o meu carinho com ele, tratava bem ele, acho que a gente tem que saber tratar o ser humano, passava muita calma pra ele, passava alguma experiência minha e conversava com ele (T.CRE).

Quando ele saiu daqui saiu muito contente. Falava tchau pra mim, é um serviço que recompensa a gente ver o jovem saindo firme, ele já tinha afastado dos amigos, já estava bem preparado para alguma coisa. Quando ele saiu eu falei: agora você tem tudo na vida, estava estudando, era um menino muito inteligente ele era altão assim, muito inteligente (T.CRE).

Eu acho que sim, porque a parte psicológica dentro do serviço delas a gente não se mete e não sabe, mas foi bom essa parte da rede (T.CRE).

Vale destacar o fato do profissional ter conseguido descrever as características do cuidado que ele prestou ao adolescente, em uma atitude de paternagem¹⁹, de passar paz na escolha das atividades que ele deveria fazer (fazer mexê-lo na terra) e orienta-lo baseado na sua experiência de vida. E ao final, ter declarado sua satisfação com o serviço que realizava.

Sobre o recebimento do adolescente no CAPS, existiu uma contradição entre o que foi relatado pelos profissionais do CREAS e os profissionais do CAPS, enquanto os primeiros diziam que houve encaminhamento para o serviço, os últimos falavam que o adolescente veio para o serviço direto do judiciário.

O CK veio por causa do uso de substâncias psicoativas, mas estando aqui a gente começou a observar os sintomas psicológicos que ele tinha. Até então como ele estava em uso a gente não sabia se era por indução ou se ele já tinha um quadro psicótico. Na verdade, ele veio pela demanda de dependência que foi aquela questão que ele passou pela Fundação e aí foi determinado o tratamento pra ele, então veio nesse percurso (TO CAPS).

Encaminhamento dele veio do Fórum. Vai para o Fórum. Quando ele saiu da Fundação Casa o juiz tem a audiência e o juiz determinou o tratamento aqui no CAPS Álcool e Drogas, aquele processo que eles têm foi o juiz que determinou ele vir pra cá (...) Do Fórum ele vem com aquela cartinha que eles mandam para a família e para o CREAS também e eles vieram pra cá, foi esse percurso (TO CAPS).

Essa contradição é abordada para destacar como esse fluxo de encaminhamento, em duplicidade, do judiciário para o CREAS e também para o CAPS, parece bastante confuso de se compreender. Confuso também de se trabalhar com ele, principalmente quando se espera que os dois serviços devessem compor rede num atendimento articulado.

Nesse serviço, o atendimento destinado ao CK, assim como a sua mãe, foi de um espaço individual de escuta para o rearranjo deles em espaços grupais. O mesmo

¹⁹ Paternagem – cuidar de maneira afetiva, firmar-se no cuidar, no estar presente sempre que necessário, no nutrir e fazer a diferença.

procedimento se deu com outro adolescente que veio da FCASA. Talvez esses modi operandi possam ser um jeito do CAPS aprofundar o acolhimento que se fez do paciente para tentar melhor recolocá-lo em uma atividade coletiva no serviço. Vale ressaltar que nos dois casos havia demandas de interlocução com outros serviços.

No caso de CK, ele estava passando por episódios psicóticos enquanto que, no caso do adolescente da FCASA, o outro garoto estava enfrentando uma condição de ansiedade relatada pelo técnico da FCASA, como condição que poderia atrapalhar a programação da sua saída. Isso por si só suscitava uma certa condição de fragilidade dos dois adolescentes.

Sobre essa entrada de CK, a profissional relatou:

Ele ficou um bom tempo comigo no individual. Como tinha presença de sintomas psicóticos, tinha persecutoriedade não dava para estar inserindo ele em muitas atividades coletivas no começo. Então ele ficou um período comigo no individual e CAPS Psiquiatria, quando ele foi melhorando os sintomas ele começou a ser inserido em grupos de adolescentes. Então ele fazia atividades aqui dentro e participou das atividades do circo que era uma atividade externa. Então ele teve momento individual e depois ele teve momento de atendimento em grupo (TO CAPS AD).

Quando a pesquisadora pergunta se CK entrou pela reunião que faziam com o CREAS, a técnica do CAPS explicou que:

Não, não é pela reunião, posteriormente é assim, naquela época foi quando o CREAS começou a fazer parceria com a gente, então eles vinham uma vez por mês discutir os casos em comum, e aí a gente discutia o caso, mas assim, o CK entrou como todos os pacientes aqui no AD, todos eles entram pelo acolhimento. Todos. E aí a gente faz uma triagem para ver o perfil, se ele se enquadra nos critérios do CAPS Álcool e Drogas e aí ele acabou ficou por isso (TO CAPS AD).

Os profissionais explicaram então que a parceria com o CREAS era recente e que o adolescente entrou pela via normal – acolhimento – como qualquer paciente o faria. Aqui couberam alguns questionamentos. Se o adolescente não fechasse os critérios para atendimento no serviço, qual seria a sua modalidade de permanência? Como se procederia nesse caso? E em que se constituiria a articulação com o serviço CREAS diante da especificidade do caso, o fato do adolescente estar apresentando um quadro que estava dificultando sua condição de vida e o próprio cumprimento da medida sócio educativa? Isso não deveria ser levado em consideração na aceitação dele? Tais questionamentos se realizaram no contexto descrito pelos profissionais do

CAPS que qualificando a recepção do adolescente como uma ação dissociada e autônoma em relação ao encaminhamento judicial e ao próprio PIA do adolescente.

O CK a gente tem aquela visão biopsicossocial, então ele passou por uma avaliação de enfermagem para avaliar a questão clínica, o corpo dele. Ele passou com a médica clínica para fazer um check up na parte mais médica, e passou com a psiquiatra pela demanda dos transtornos psiquiátricos. Ele passou pela avaliação social que é um trabalho da gente de qualificação, escola, cursos, ele passou por essa área social também. E também ficou no atendimento psicológico, praticamente ele usou todas as abordagens, todas as ações do serviço. E aí a gente foi trabalhando a inserção social em conjunto com o CREAS com atividades na comunidade, fazer algum curso, qualificação, voltou para estudar foi quando ele foi inserido no Jovem Aprendiz ele entrou no trabalho, foi feito todas as áreas, é bem abrangente (TO CAPS AD).

A pesquisadora pergunta se o adolescente participou da elaboração do PTS ou se algo foi negociado com ele. Sobre isso os profissionais destacam o adolescente em um papel muito mais de receptor de uma proposta do que seu de co-construtor. Descrevem o adolescente como uma figura que aceitava toda a proposta feita por eles no atendimento e projeto terapêutico. Essa situação se mostrou ainda diversa da descrita pela maior parte dos profissionais do CREAs quando relatam os processos de alheamento diante de ofertas feitas aos mesmo e das recusas que os adolescentes fazem ao ser encaminhados para o CAPS

Acho que todas as ideias que a gente montou na programação dele a gente fez com ele, porque ele era bem receptivo então a gente conseguiu fazer tudo, a gente foi alcançando ele foi ficando mais independente, foi melhorando, foi trabalhando, voltou para a escola. A gente conseguiu fazer todo projeto com ele (TO CAPS AD).

A gente tem contato com a Vara da Infância, mas em casos específicos, do CK a gente não teve nenhum contato próximo com o Fórum. O CREAS a gente tinha essa aproximação mensal que a gente conversava, esporadicamente por necessidade a gente se falava muito por telefone com a técnica que era de referência, a gente tinha mais aproximação com o CREAS (TO CAPS AD).

Sobre outras possibilidades de co-construção do projeto, com os serviços, a rede foi composta, segundo a descrição da técnica do CAPS, em condição de parceria com o CREAS e a família do adolescente.

Nesses atendimentos individuais a família também era abordada, também era atendida. A gente foi trabalhando algumas coisas pontuais, a mãe vinha no grupo de família também, aqui a gente trabalha mais a coisa focal, trabalhou ali e teve uma melhora no quadro então ele melhorou a relação com a família, ele começou a ficar mais estável e as relações foram melhorando, foi quando a gente foi inserindo eles nos grupos, tanto a família como o CK. E aí não teve mais necessidade daquele momento de atendimento mais focal com a

mãe, mas ela tinha um grupo de família que era seguida. Aí o CK foi continuando a ser atendido em grupo até quando ele interrompeu o atendimento, quando ele começou trabalhar e ele tinha dificuldade de conciliar e aí ele rompeu. Foi em 2015 que foi a última vez que ele veio (TO CAPS AD).

A informação que se colocou foi que o paciente interrompeu o tratamento porque começou a trabalhar no projeto jovem aprendiz. Ele não teve mais horários para vir ao CAPS. Quando, finalmente, retornou com a psiquiatra em 2015, já exibia um quadro psiquiátrico diferente, não mais estável quanto de sua saída. Precisaria de reavaliação, mas isso não foi possível devido a descontinuidade do tratamento e a impossibilidade da equipe entrar em contato com ele. Eles não tinham os acessos aos números de telefone que sempre eram alterados.

Sobre isso não foi dito se as equipes da atenção básica serviram como ponte e/ou fonte de informação para a busca de CK.

Quando questionados sobre a integração entre os projetos PIA e PTS, os profissionais se ativeram a falar sobre o PTS de CK.

Os profissionais também ressaltaram que a construção do plano foi negociado com CK e que este atendeu ao adolescente, bem como a sua família, a exemplo de sua mãe que passou por atendimento individual e depois foi inserida em um grupo. Ao que parece esse atendimento foi desenhado para partir principalmente do CAPS por causa da demanda de CK e foi acompanhado no CREAS no cumprimento da medida socioeducativa, com o trabalho de jardinagem e o acompanhamento de um profissional para essa finalidade.

Tinha a ver com a demanda do CK porque ele tinha realmente, ele veio pra cá porque ele tinha realmente um quadro de dependência de substâncias psicoativas, e aí quando a gente vai conhecendo o caso vai aparecendo outras necessidades, e a gente foi montando conforme avaliação. O projeto é bem assim momentâneo, no momento que ele veio precisava de uma avaliação individual, um psiquiatra, então o plano terapêutico dele foi montado com ele inclusive, que atividades ele gostava, que necessidades ele tinha, e aí com as parcerias, uma que ele tinha que estar que era o CREAS porque ele tinha que cumprir a medida sócio educativa e aí a gente aciona a parceria (TO CAPS).

Quando perguntado sobre a integração de ações, do que foi proposto pelos profissionais do CREAS e do CAPS eles disseram que no caso do CK as ações foram sendo construídas de forma concomitante a sua frequência no serviço, porque ele era

apático e também imaturo, topando todas as atividades que lhes eram propostas, sem distinção. Ele entrava em todas as atividades propostas até que os profissionais foram construindo a ideia do que ele mais gostava de fazer.

A questão que a gente falou era bem isso, o CK era muito imaturo quando ele veio, ele era muito passivo, não conseguia verbalizar e não falava muito das vontades dele. Então tudo que era ofertado o CK aceitava, então tinha um quadro de atividades no Bradesco, ele se interessava, a gente ajudava e ele ia fazer. Então no começo o que a gente falou CK precisava de muita orientação para fazer as coisas, ele não tinha nada pronto, não vinha nada pronto de quero trabalhar, quero estudar, as coisas foram sendo construídas com ele (TO CAPS AD)

Os profissionais definiram o trabalho com CK como tranquilo justamente usando a situação oposta ao que os profissionais do CREAS levantaram como dificultadora do estabelecimento de uma proposta de cuidado – a não existência obrigatoriedade do atendimento - para o adolescente.

A questão da não obrigatoriedade foi um ponto polêmico porque mesmo que essa obrigatoriedade não tivesse um peso tão grande no CAPS quanto no CREAS, ou que os profissionais do CAPS não fossem vistos, pelos menos lá dentro como os braços do judiciário, existia sim uma compulsoriedade de cumprimento na ordem designada pelo juiz. Cabe questionar o que fez com que os adolescentes talvez não tivessem enxergado o CAPS como um lugar diferente ou ainda um lugar da não obrigatoriedade.

A outra técnica do CAPS que ficou mais próxima de CK relatou algumas questões específicas relacionadas como atendimento de um modo geral e na atividade externa que teve a oportunidade de acompanhar juntamente com CK.

Uma das atividades descritas como o que foi ofertada e/ou combinada com CK foi um grupo de autocuidado feito entre essa técnica e uma psicóloga.

Na verdade assim, no começo ele foi legal, antes do circo a gente fez um grupo que eu e a psicóloga fazia auto cuidado com ele (TEC ENFA CAPS).

E quando a pesquisadora perguntou se ele tinha uma demanda para trabalhar com autocuidado a técnica disse que ele não a tinha.

Não, ele não tinha essa questão de falta de auto cuidado, aliás, ele tinha muito cuidado com ele mesmo, e ele gostava mesmo que a gente elogiava, ele precisava disso. A gente tinha que fazer isso com ele. Ele arrumava o cabelinho passava gel e a gente falava isso, e ele: tia hoje eu estou bonito? Então era uma questão mesmo de elogiar ele mesmo (TEC ENFA CAPS CAPS).

Aqui cabe pensar que talvez a oferta de uma atividade que o adolescente não tinha demanda para fazer, tal como descrito pela profissional, pareceu um jeito proforma de trabalhar, não abrangendo necessariamente a singularidade do caso.

Fora essas atividades, a técnica relatou que a equipe auxiliou CK na questão do retorno a escola, porque não entendiam porque ele dizia que queria ir pra escola, mas tinha medo de fazê-lo. Outras atividades citadas desenvolvidas com CK, então, foram compor um jornalzinho no CAPS e fazer a procura por cursos para ele.

Quando perguntado se e como as ações que eles desenvolveram foram efetivas para a saúde mental do CK a profissional afirmou que foram importantes porque ajudaram a estabilizar a família. Fico pensando se ela não estava falando de um sentimento de família e se sentir acolhido, visto que ele, em determinada situação após briga com a mãe, chegou no circo com uma mochila nas costas dizendo que ia morar lá. Que o circo era uma profissão e pelo visto, família.

Eu acho que sim, foi bem isso. Acho que precisava um pouquinho mais estabilizar a família, acho que precisava ter estabilizado um pouco mais a parte familiar dele. As vezes a gente fazia muito aqui e perdia na casa dele, mas acho que isso ajudava muito. No entanto era a parte que ele falava que se sentia bem na hora que ele estava aqui, por isso eu acho que muitas vezes ele vinha e não faltava porque era o local que ele se sentia bem. (TEC ENFA CAPS CAPS)

Como ele não tinha o carinho em casa e aqui a gente já tinha esse carinho por ele, a gente ajudava bastante ele, acreditava nele e daí eu acho que fazia com que ele vinha e acreditasse nele, então ajudava bastante ele. Eu acho que só pelo fato da gente acreditar nele por conta das coisas que ele fez antes e tinha desentendimento com a mãe, com o pai, tinha irmã menor que ele achava que a mãe gostava mais da irmã menor daí ele não acreditava nele mesmo e aqui a gente fazia com que ele acreditasse nele mesmo, confiasse nele mesmo (TEC ENFA CAPS CAPS).

Essa profissional apontou para uma questão bem parecida com a assinalada pelo profissional do CREAS que acompanhou CK em sua PSC, a necessidade de estabilização da família, os conselhos dados sobre a família e a paternagem descritas.

Quando é perguntado sobre a efetividade do trabalho deles em rede, de como conseguiram atender esse adolescente ela respondeu que ainda faltava pra essa rede

se constituir, mas que eles conseguirem segurar ou manter o adolescente em uma condição de proteção durante o atendimento.

Acho que faltou um pouco. Acho que em rede falta um pouco não ter só o CAPS, ter só o CAPS é muito pouco para cuidar do adolescente, tem que ter um pouco mais. Tem que ter mais coisas a gente fica muito presa só no CAPS, não tenho nada aqui então procura lá fora e tinha só o circo, mas daí não tem esporte, não tem outra coisa que eu consiga segurar o adolescente em rede. Acho que se tiver um pouquinho mais a gente consegue fazer um pouco mais por ele, trabalhar um pouco mais em rede o esporte, educação, saúde a gente consegue fazer um pouco mais.(...) Conseguimos um pouco com o CREAS que ele gostava bastante da horta, foi bem efetivo no caso dele. (TEC ENFA CAPS)

Quando a técnica fala de seu incômodo pelo fato deles não terem rede e não terem muitas coisas fora do CAPS que pudessem segurar o adolescente na rede, pôde-se aventar que ela está falando de duas coisas. Primeiro, da falta de atividades de proteção, lazer e cuidado voltada para os adolescentes de forma a atender as necessidades destes por essas coisas. E segundo, essa fala parece com os questionamentos do estudo de BASTOS (2013), quando os profissionais do CAPS Adi falaram que gostariam e precisavam de atividades extra-muro, no caso muro do CAPS, a fim de colocar os adolescentes fazendo coisas na vida e fora da instituição. Como exemplo disso, o referido CAPS possuía um grupo de canoagem com os adolescentes atendidos no estabelecimento.

Sobre a articulação do trabalho deles com o do CREAS, a profissional afirmou que tiveram uma boa articulação com cada um dos lados, reunindo, discutindo e sabendo o que ele estava fazendo em cada um dos lugares aonde ia. Essa impressão e os relatos que a acompanharam também repetiram a mesma perspectiva na fala dos profissionais do CREAS que estiveram envolvidos com o caso.

Acho que foi legal se não me engano ele veio encaminhado de lá, então ele já veio bem articulado. A gente fazia umas reuniões juntos na sexta feira uma vez por mês e a gente sabia do serviço que ele fazia lá do atendimento que ele tinha lá com o atendimento que tinha aqui, então sempre a gente vinculava isso legal. Atendimento que fazia lá, como estava aqui e como estava lá. (TEC ENFA CAPS)

A pesquisadora perguntou sobre o processo de integração do trabalho, se os dois lugares conseguiram construir um projeto que tivesse sido negociado com o adolescente e a profissional respondeu que na opinião dela faltou eles terem

conseguido fazer o adolescente ficar, visto que, na opinião dela, ele ainda deveria estar lá sendo atendido.

Pensando no meu trabalho seria o adolescente que era para estar aqui ainda, era para estar no serviço ainda. Era para estar sendo cuidado ainda, mas ele escapou. Acho que a gente de correr atrás e tentar pegar, então acho que faltou se eu pensar no meu trabalho (ENFA CAPS).

Falta um pouquinho de integração, as vezes falta um pouquinho de ir buscar mesmo de rede, quando a gente fala de rede pode ser que ele não esteja aqui pode ser que esteja em outro lugar e não faz essa comunicação, pode acontecer isso (TEC ENFA CAPS).

A profissional afirmou que faltou um pouco eles irem buscar as informações na rede, que as vezes o adolescente não estava lá, mas estava em outro lugar e que se eles o buscassem com maior insistência conseguiriam alcançá-lo. Poder-se-ia pensar aqui na participação da atenção básica na busca ativa desse adolescente.

Essa possibilidade infelizmente pareceu pouco desenvolvida, talvez pelo tamanho das equipes de saúde mental disponíveis no polo como colocou a coordenadora de saúde mental, ou pela fala de comunicação nesse processo.

Aqui fica registrada a importância que teria uma atuação no nível da atenção básica no processo de resgate e busca ativa desse adolescente e de outros no seguimento ao seu tratamento. Uma ação que o protegesse ou de alguma forma, promovesse sustentação para que ele não ficasse sozinho e se desvinculasse do atendimento.

6.3.2 O trabalho com um caso entre saúde mental e a Fundação CASA e a tentativa de compor rede CAPS – CRAS.

No espaço do CAPS, enquanto a pesquisadora esperava pelos profissionais a serem entrevistados sobre o caso escolhido no CREAS, ela teve a oportunidade de contato com um caso de um adolescente que estava sendo atendido no serviço e ainda internado na FCASA.

Após a afirmativa diante da pergunta da pesquisadora se ela poderia entrevistar os profissionais relacionados ao atendimento esboçou-se o caminho para a inclusão

de mais um caso no estudo. Este podendo inclusive ser relacionado com as questões descritas anteriormente pelos profissionais do CREAS sobre o modo de trabalho com a MSE naquele espaço.

Foram entrevistadas três profissionais que atendiam o adolescente desse serviço, a técnica de referência do caso e mais duas profissionais que faziam um grupo com FK.

O adolescente em questão havia chegado no CAPS no mês de março, logo dois meses antes da realização dessas entrevistas com os profissionais que o atenderam. FK tinha 16 anos a essa época e aquela era a sua segunda internação na FCASA. Segundo os relatos de FK aos profissionais no CAPS ele foi pego por porte e venda de maconha, negando o uso de outra substância, mas relatando um uso sistemático de maconha, de vários cigarros por dia. Esse uso foi aumentando segundo relatos do adolescente desde a primeira vez em que experimentou aos 13 anos de idade. O adolescente relatou ainda que o uso intenso da droga começou a aproximá-lo da venda da droga.

A técnica de referência relatou que o adolescente estava frequentando o CAPS pelo fato dele ser morador de Osasco, o que seria uma possibilidade para ele se vincular ao serviço após a cessação de sua internação. Fato esse relatado como bastante comum quando o adolescente está saindo da FCASA segundo relatos da profissional do CAPS. Isso teria como objetivo inserir o adolescente em algumas atividades no serviço a fim de que ele pudesse ser acompanhado posteriormente quando saísse da FCASA.

O adolescente teve uma primeira internação quando tinha 14 anos por sete meses. Foi liberado e após um mês ele foi pego novamente em flagrante e teve outra medida sancionada novamente para a FCASA. Na época a FCASA não tinha mais vagas e esse adolescente voltou para casa tendo sido conduzido após 8 meses para cumprir sua medida em meio fechado, perfazendo seis meses de internação no período da entrevista.

A gente vem observando e a gente já discutiu isso um pouco em termos mais amplos com a Fundação em outros momentos e por outras questões, mas o que a gente vem observando quando eles começam já se encaminhar para a saída e aí que a equipe que vai pensando nos encaminhamentos e vai pensando na vida desse menino aqui fora e daí eles vão pensando quais são os serviços de referência e já vão procurando que esse adolescente crie um vínculo com o serviço. (T. CAPS)

Segundo a técnica do CAPS não existia uma questão pré-definida do serviço CAPS ou FCASA de que esse adolescente viesse ao serviço no período em que ele estivesse prestes a encerrar a internação, mas esse era um movimento observado por parte da FCASA. A técnica também afirma que dessa forma, não era muito comum, observar um jovem que teve entrada recente na FCASA e fosse encaminhado para tratamento no CAPS.

Isso levanta alguns questionamentos sobre que estaria pautando o encaminhamento do adolescente para o CAPS.

Dentro dessa discussão coube pensar se o CAPS estava sendo utilizado dentro da sua especificidade e perfil de cuidado destinado a um quadro sintomatológico intenso do paciente (casos severos e persistentes) ou como rede que auxiliaria o adolescente a manter-se vinculado a um serviço de saúde, após a sua saída da internação. Ou ainda, caso possa se pensar que o critério grau de comprometimento e uso das drogas esteja sendo utilizado para esse encaminhamento, que o adolescente iniciava um uso problemático de drogas quando estava prestes a sair da FCASA.

Quando questionada sobre essa diferença entre o grau de importância do uso do adolescente no período de entrada dele na FCASA e na saída, a técnica falou que lhe parecia justo pensar que ele estava tendo algum acompanhamento nesse sentido dentro da própria FCASA e de que o grau de uso parecia ser o mesmo quando ele entrou.

É uma demanda que se faz desde o início mesmo, porque agora ele está seis meses abstinente, seis meses sem usar droga. Então eu entendo que eles escolham o final porque é a hora que ele vai vir para fora e não no início, mas a demanda é a mesma pelo uso de droga lá de quando ele foi pego, então faria sentido ele estar lá e ter algum acompanhamento. Mas eu acho que eles procuram primeiro conhecer melhor um pouco mais do caso não é uma preocupação que eu sinto que a Fundação Casa tenha logo que o adolescente chegue. (T.CAPS)

A profissional destacou a necessidade do adolescente que está saindo da internação de se vincular a um serviço territorial para construção de um projeto de vida, mas que essa composição não necessariamente precisaria ser no CAPS.

Acho que sim porque de alguma forma é um adolescente que estava envolvido no contexto da droga, é um adolescente que vai precisar de uma

certa ajuda para recompor e pensar num novo projeto de vida onde a Fundação Casa atravessa aí quase dois anos se a gente pensar que ele tinha 14 anos e agora tem 16 anos são quase 2 anos que a Fundação atravessa a vida dele então acho que é um menino que vai precisar de ajuda para reconstruir um projeto de vida, viver as questões dele aonde ele vive no território que ele vive, nas relações que ele estabelece então acho que é um menino sim que vai precisar de uma ajuda. Talvez não necessariamente precisasse ser no CAPS poderia ser na atenção básica e em outros serviços de saúde e não necessariamente no CAPS (T. CAPS).

Pelo exposto, cabe refletir então, qual o tipo de tratamento o adolescente estava recebendo dentro da FCASA para o uso problemático de drogas e porque ele não se utilizou dessa rede de atendimento e da disponibilidade de um CAPS AD nesse período, serviço de saúde referido na portaria da RAPS (BRASIL, 2011) para tratar essa condição. Considerando a informação de que o adolescente estava há seis meses em abstinência da FCASA, tal como dito, cabe pensar de que forma essa abstinência estava sendo providenciada e que tipo de cuidado esteve relacionada a mesma no período de internação do adolescente.

Quando perguntado sobre as principais demandas que esse adolescente trouxe da FCASA, a profissional relatou algumas como: os planos e ansiedade no retorno a casa; os receios de como iria ser a vida fora da internação; receio se iria conseguir ficar abstinente; receio de encontrar os antigos colegas e; receio se iria conseguir 'parar de fazer coisa errada'.

Eles têm quando estão na Fundação Casa muitos planos e muitas expectativas com o retorno pra casa. (...) Ele expressa um certo receio de como vai ser a vida dele aqui fora, se ele vai aguentar não fumar ele diz e fala que não quer voltar a fazer as coisas que eu fazia, não quero voltar a usar como eu usava, mas tem medo porque ele vai encontrar a vida dele e os amigos dele e o território onde ele vive iguais (T.CAPS).

Acrescido às demandas descritas havia outras na vida do adolescente que ele também teria que lidar, como, a expectativa da família em relação ao que ele ia dar conta e como iria ser após sua saída da FCASA.

A internação do adolescente é claramente descrita como um momento de ruptura e despedaçamento em que a expectativa de saída da FCASA produz um tensionamento na relação do adolescente com essa família além de muita pressão em favor de que ele se comporte de determinado jeito.

Tem essa questão uma certa expectativa da família em relação a ele, então é um momento de muita expectativa da família, dele e isso torna esse

momento um momento exigente, o momento da saída onde ele tem trabalho, tem perspectiva, tem a escola, tem os cursos, tem a igreja, eles vão montando uma série de exigências que será esse momento e isso exerce uma certa pressão, uma certa ansiedade de como vai ser (T.CAPS).

Em estudo realizado por JOIA (2014), são descritas as mesmas dificuldades relatadas nesse estudo quanto ao papel do CAPS AD na composição de rede de cuidado ao adolescente advindo da FCASA, encaminhamentos feitos de forma tardia e compulsória, comprometendo o vínculo com o serviço, atendimentos que não possuíam o objetivo de cuidado, mas de avaliação e complementariedade de atendimento ambulatorial ao que era designado pela FCASA; ausência de relatórios da FCASA, situação que segundo o relato da profissional do CAPS AD se repetia no geral dos casos atendidos, dificultando a composição de um PTS para o usuário e; uma visível e complicada incompatibilidade de demandas – chamada por JOIA de diagnóstico tardio - na oposição de propostas de atendimento que preconizavam. Em um dos serviços (FCASA) era exercido o controle e abstinência ao uso de drogas. Em outro (CAPS AD), o tratamento era pautado na redução de danos, mas de maneira descaracterizada e incipiente diante do que já havia sido feito, visto que esse serviço que tinha que dar conta da manutenção do processo de abstinência do adolescente.

É curioso destacar que uma das ‘ansiedades’ ou demandas de cuidado trazidas pelo adolescente frente à situação de cuidado em saúde mental foi o pedido de auxílio para que ele não fizesse mais coisa errada, ou seja, para que não cometesse novamente ato infracional. Aqui se fez presente o sentido intercruzado de uma demanda de tratamento e a ideia de cessação da criminalidade, que não se faz presente somente nessa situação.

A ideia da cessação da criminalidade, ou disposição para cometer um crime, intercruzado à alguma ação da área saúde mental que incidisse sobre isso, se apresenta entrelaçada na proposição dos exames de cessação de periculosidade da lei de Execução Penal do ano de 84, alterada em 2003 (BRASIL, 2003a).

Não é possível aferir se existiu nesse caso, algum tipo de fantasia ou expectativa de que a saúde mental fosse destinatária de algum tipo de ação para trabalhar a cessação da criminalidade, mas, certamente essa foi uma questão que veio disposta no discurso do adolescente, de que a profissional poderia auxiliá-lo nisso, fosse na sua ansiedade sobre a possibilidade de fazer algo de errado, ou na

possibilidade de ele entrar nas vias de fato do ato. Mais ainda, aqui apresentou-se uma relação entre a doença mental e o ato infracional.

Foi interessante notar que, na construção de um projeto de vida para o adolescente dito pela profissional e, em meio aos sentimentos, expectativas e diretrizes atrelados a isso, a profissional respondia de alguma forma as expectativas desse adolescente quando apontava que não era possível saber o quanto ele conseguiria atender ou sustentar dessas coisas que pretendia fazer ou ser.

Apesar disso, pesava sobre esse pedido do adolescente, a incompatibilidade escancarada na construção de uma proposta de cuidado sobre as demandas de saúde relacionadas a ele. Na forjadura da demanda de abstinência feita pela FCASA, vinha acompanhado a necessidade de cessação de problemas com a lei, coisa que o CAPS não tinha como mérito cuidar.

O arranjo de atendimento desse adolescente compreendeu atendimento individual com a sua técnica de referência, em alguns momentos tendo tido atendimentos em conjunto com a sua mãe e atendimentos em conjunto com o técnico da FCASA. Posteriormente foi encaminhado a um grupo de jovens onde ficaria sendo atendido.

O atendimento com a mãe aconteceu em alguns momentos junto com o adolescente e, em outros, somente entre ela e a técnica do serviço. A mãe segundo a técnica do serviço foi encaminhada para um atendimento em grupo familiar.

Na ocasião a técnica fala que haveria a composição de um trabalho em grupo no CRAS, que na fala da técnica do CAPS seria uma continuidade de um trabalho em grupo que foi sendo realizado no próprio CAPS com o adolescente.

Sobre esse trabalho ela afirma que ele se delinearía da seguinte forma:

A ideia que ele participe desse grupo que é um grupo que acontece em parceria com o CRAS que é um grupo de adolescentes, mas até esse momento não tem nenhum outro serviço talvez acionar a atenção básica quando ele está saindo, o que ele pode ter no território dele e pode se inserir em atividades, mas ainda não, nesse momento a gente está fazendo o vínculo dele com o serviço, com a proposta, mas acho que a atenção básica vai precisar entrar em algum momento para se pensar nos projetos dele lá no território porque aqui é uma passagem, mais importante as ações que vão acontecer no território na vida dele e a possibilidade dele realmente se vincular a outras propostas (T.CAPS).

Vale discutir que o grupo de adolescentes que ocorria no CAPS era composto pelo adolescente e mais dois técnicos que o assistiam no CAPS na composição do

trabalho. Isso se dava pelo fato do serviço não ser específico para a área da infância e adolescência exigindo que esse adolescente realizasse atividades em espaço e companhia separadas dos outros adultos que frequentam o serviço, de acordo com o que preconiza o ECA.

Quando questionada sobre o trabalho de articulação entre o CAPS e a Fundação CASA a profissional relatou que na entrada do adolescente a instituição envia um relatório bastante detalhado sobre que atividades estavam sendo feitas com o adolescente e destaca que a agenda dos adolescentes é bem cheia de cursos de diversos tipos. A exemplo do adolescente em questão, ela afirma que ele havia concluído um curso de chocolateria e estava iniciando à ocasião um curso de informática.

A técnica fala novamente sobre a questão da ansiedade do FK, de que em um determinado momento o técnico dele na FCASA quis trazer isso para o atendimento do adolescente. Esse técnico então veio para o atendimento, declarou que o adolescente estava muito ansioso com a sua possibilidade de saída e que isso poderia prejudica-lo no seu processo de saída.

A profissional relata então que começou a trabalhar com essa demanda não somente do adolescente, mas do próprio técnico, incluindo o 'recado' que ele quis passar para FK que a ansiedade desse poderia atrapalhar o próprio processo de desinternação. Ela entendeu que deveria mediar a situação e expôs que a questão da ansiedade seria algo esperado naquela ocasião.

Quando perguntado sobre o tipo de retorno que o adolescente pudesse ter dado sobre o atendimento em saúde mental que recebeu, a técnica afirmou que o CAPS era mais do que um serviço que acolhia a questão problemática relacionada com a saúde mental. No caso do adolescente da FCASA ele, o CAPS, acolhia a possibilidade de uma outra escuta e desse adolescente ter a liberdade para ver e fazer coisas que ele não podia por estar internado. Além disso, disse ela, esse adolescente trazia outras demandas de dificuldades relacionadas com a própria reclusão.

Ele falou bastante dessa passagem na Fundação Casa, das visitas da família, mas todas as dificuldades de que é estar num ambiente recluso, fechado, preso. Acho que tem uma série de dificuldades que ele trouxe na relação com os outros adolescentes que estão lá nessa perspectiva de estar fechado, não ver a rua, não sair, de ter essa visita tão contada da família, de não ter acesso quase ao telefone, uma série de dificuldades. E em contrapartida vir para o CAPS é muito bom, não só pelo CAPS em si, mas é um dia que dá um passeio, que sai que vê a rua, então teve um atendimento aqui no CAPS

quando eu olho tinha a mãe, padrasto, os irmãos com namorada foi quase uma visita fora da Fundação (T.FCASA).

Sobre o encontro dele com essa família no primeiro dia de atendimento no CAPS, pôde-se observar o quanto o espaço do CAPS representava a possibilidade dele estar livre e restabelecer os laços com a família e outros entes.

Apesar disso, a profissional falou da compulsoriedade da presença do adolescente no CAPS e da efetividade do atendimento para ele. Esses dois pontos - compulsoriedade e efetividade - se inter cruzam nos desafios de dar continuidade ao atendimento após a saída do adolescente.

Acho que aumenta as possibilidades, aumentam os espaços de escuta que esteja desvinculado da Fundação, é diferente ele estar e ser atendido na Fundação Casa e por uma outra equipe com outras pessoas e com outro olhar, acho que isso é um ganho. O quanto isso vai se sustentar depois da saída dele é sempre uma questão pra gente porque muitos adolescentes interrompem o atendimento no momento da saída, não vem nem um dia a mais.

Então hoje é compulsório estar aqui e a gente sempre faz uma aposta de que ele tome esse espaço para ele depois, nem sempre isso acontece, a maioria das vezes encerra a Fundação e encerra também o atendimento. (TE. CAPS).

A questão da efetividade do cuidado se colocava na aposta para que o adolescente desse continuidade ao atendimento no CAPS ou em outro lugar, compondo rede com ele. A questão da obrigatoriedade se interpunha novamente como condição para que o atendimento acontecesse, tal como, descrito muitas vezes no relato dos profissionais do CREAS.

De outro modo, essa aposta de que o espaço do CAPS apresentasse um lócus tão diferenciado de atendimento, o desloca de alguma forma do papel de agente de busca ativa desse adolescente, mesmo que com a possível parceria de outros serviços e pontos da rede.

Outros pontos que pareciam competir para que esse adolescente rompesse com o atendimento no CAPS estavam relacionados, segundo opinião da profissional, ao fato do CAPS significar em momento pontual, um aspecto da possibilidade de liberdade desse adolescente. Porém, quando ele desinternava, existiam outros aspectos da vida do adolescente que competiam para que o CAPS assumisse um papel secundário na vida desse último. Sobre isso trabalhava-se com a ideia de que

era a vontade do adolescente de estar no serviço ou de procura-lo por conta própria, posteriormente, que definiria se haveria continuidade do mesmo.

Sobre a possibilidade de conversa entre os dois projetos, PIA e PTS, os quais deveriam ser construídos para os adolescentes de maneira articulada, a técnica afirmou que eles não tiveram contato com o projeto da FCASA e inclusive que as demandas para ele lidar no CAPS foram se configurando de um jeito um pouco solto. Não houve um espraiamento ou continuidade do projeto executado dentro da FCASA para o CAPS no sentido de articular ações para que o adolescente pudesse continuar frequentando outros serviços, exceto pelo encaminhamento para o CAPS.

Acho que nem no PIA desenhado, eles não falaram de nenhum outro serviço além do CRAS. Eu perguntei como eles fazem essa ponte com a escola e isso é a família que faz, eles vão pegar o histórico escolar dele aqui e vão procurar uma escola. Então é uma questão que sempre dá um GAP porque a hora que sai de lá que vão passar e aí a família tem que procurar uma escola, e aí já se passou um tempo. Ele tinha que sair de lá já com a escola engatada, se não fica tudo muito solto (T.CAPS).

Uma possibilidade que pode ser retomada seria o fato da FCASA enxergar o CAPS como o serviço que daria continuidade a um projeto de vida para esse adolescente. Mas, cabe o paradoxo de como seria dar conta de um projeto que não foi iniciado naquele serviço e do qual não se tinha conhecimento.

Sobre essa incompatibilidade de propostas e dificuldade de composição de rede entre FCASA e CAPS AD - da primeira tomando o CAPS como atendimento ambulatorial complementar para desintoxicação ou espaço que faria a manutenção da abstinência imposta ao adolescente, bem como de outras dimensões de controle e freio social estratificadas no cometimento do ato infracional – vale dizer que o CAPS tem assumido um papel de coadjuvante em uma ação de cuidado que se dá de forma fragmentada, sobre a qual ele não tem qualquer jurisdição, vista que ela já vem praticamente desenhada de fora da instituição. A discussão feita por JOIA, OLIVEIRA E VICENTIM (2016) e JOIA (2014) é de que o CAPS tem atendido fora de seu perfil, ou em situação de descompasso com o que preconiza a RAPS de 2011 e a lei de saúde mental de 2001, demandas sob as quais não tem a menor jurisdição, visto que elas já vêm desenhadas de fora da instituição para serem implementadas dentro do serviço.

Ainda sobre o caso estudado, outra possibilidade que se delineou no atendimento do adolescente foi o fato dele ser encaminhado ao CRAS para dar continuidade a projetos e novas demandas da vida, tal como descreveu a profissional.

A ideia é que ele estivesse num espaço com outros jovens e jovens que estão aí estudando e que ele pudesse com essas questões de vida, de projetos, o que estão fazendo e que tivesse um vínculo, formar um vínculo com o serviço com uma proposta terapêutica aqui, que ele já fosse conhecendo a equipe. E mais ainda participando desse grupo no CRAS e aí a ideia é que a gente já pense qual é o CRAS de referência de moradia dele e já encaminhe a família para o CRAS. A ideia é que a gente vá ajudando a ter um projeto de vida depois da saída dele de atendimento para a família e para ele, para ajudar pensar na escola, ajudar a pensar em alguns projetos (T.CAPS).

6.4 O ZOOM SOBRE O TRABALHO EM ATO... O TRABALHO NO CRAS.

Esse item se compôs das declarações do profissional que trabalhava no CRAS em entrevista com a pesquisadora sobre o atendimento do adolescente FK em um grupo de adolescentes no serviço. Além dos momentos descritos, foram considerados os registros de observação no contato da pesquisadora com o campo de pesquisa nesse serviço.

A entrevista com o profissional do CRAS levou em consideração o fato de que o adolescente FK estava iniciando o atendimento na instituição – tivera duas semanas de comparecimento - e o contato que se tinha com ele estava atrelado ao fato dele vir ao atendimento conduzido pela FCASA.

Nas entrevistas com as técnicas do CAPS elas falaram do encaminhamento de FK ao CRAS em duas vias de ação. Uma enquanto possibilidade dele poder conviver com outros adolescentes, bem como de atender um pedido do próprio adolescente de que ele gostaria de participar de um grupo que tivesse outros adolescentes. Outra, enquanto necessidade de direcioná-lo a um lugar em que ele tivesse um arranjo de fato de grupo que o atendesse visto as questões já declaradas anteriormente de que o espaço do CAPS AD e algumas atividades dentro dele eram inacessíveis a FK.

Outra possibilidade que também pode ser considerada no encaminhamento de FK para o CAPS foi a tentativa de compor rede e capilarização com esse serviço

inclusive quando FK fosse desinternado da FCASA. Aqui também levando em consideração as falas dos profissionais do CAPS de que as demandas que se trabalhavam com o adolescente não eram necessariamente restritas a questão do uso de drogas.

A fala a seguir ilustrou justamente o encontro de profissionais do CAPS AD e do CRAS e uma tentativa de compor rede no trabalho com FK.

Fui almoçar e encontrei uma das meninas do CAPS e ela: você estava lá no encontro! Eu estava e a gente começou a conversar, e ela falou: a gente podia se ajudar a gente está tão pertinho! Eu nem sabia que você dava aula de grafite aqui e que fazia outras coisas, e a partir disso eu já não tomei decisão nenhuma eu só comuniquei a equipe técnica e a equipe técnica começou a conversa com a equipe técnica de lá. Aí a partir dessa conversa depois elas me chamaram e o que eu ofereceria para estar atendendo os nossos meninos? Aí eu falei do RPG e o grafite e a gente fechou a parceria e até vez que o FK veio foi o primeiro dia dessa parceria (T.CRAS).

A pesquisadora pergunta então como foi o contato inicial com FK. O técnico fala de uma situação ainda incipiente, mas, que lhe possibilitou uma primeira visão de FK como um garoto que tinha uma certa dificuldade de interagir com o grupo, de dizer 'não' as coisas que os outros propunham. Por isso viu como importante a inserção de FK em uma determinada atividade de jogos cooperativos, assim como a necessidade de continuidade de um trabalho com o mesmo.

O FK ele chegou o primeiro contato com ele quase não falou, não desenvolveu. E a gente tem o jogo de RPG onde eles têm que montar fichas dos personagens, dar nome aos personagens, o personagem são eles que criam foi aí que ele começou a se soltar e começou a falar um pouco mais, começou a fazer o personagem conforme ele, porque a construção do RPG é bem isso mesmo você tendo o estereótipo de um personagem meio que montado, mas a personalidade praticamente de todos os personagens refletem a personalidade da pessoa mesmo. Então esse foi o contato que eu tive com o FK (T.CRAS).

No começo eu enxerguei muito do FK do individualismo, ele pensava só nele e não em grupo, depois ele começou a pensar no grupo eu achei muito rápido ele começar a pensar no grupo tão rápido assim. Então não sei de todo o envolvimento dele, mas isso caracterizou pra mim realmente isso ele pensa por ele, mas quando ele está no grupo ele não consegue falar não para o grupo e eu acho que se ele tivesse ficado um pouco mais ele teria desenvolvido mais esse negócio de começar a questionar, isso vai ser bom para o grupo e pra mim? Como vai ser? Acho que é super importante isso no RPG que muitas vezes você tem que pensar no grupo sim e as vezes se você pensar por você acaba salvando o grupo de outra forma e eu acho isso bem legal, mas ele ficou muito pouco então acho que os resultados bons mesmo seriam se ele tivesse ficado um pouco mais (T.CRAS).

Ainda sobre o tipo de trabalho que ele começou a fazer, a pesquisadora pergunta se houve algum específico proposto para FK e ele fala que o adolescente estava iniciando o grupo, mas que tinha um tipo de delineamento no trabalho que ele fazia com os adolescentes no CRAS. Esse estava relacionado as questões cotidianas de vulnerabilidade e fragilidade que FK enfrentava, junto com os outros adolescentes do grupo. Dentre as situações descritas estavam preconceitos e situações de marginalização pelas quais ele e os outros adolescentes passavam.

Todos eles têm suas dificuldades como todo adolescente, acho que hoje em dia os adolescentes eles enfrentam muito mais problemas psicológicos do que na minha época. É meio gritante as coisas que você se depara. Praticamente a maioria dos adolescentes que eu trabalho eles têm algum trauma, pode ser um trauma familiar, sofrem de bullying boa parte deles, e aí o bullying acarreta várias outras coisas isolamento, tipo eles ficam meio que antissociáveis até eles descobrirem que não existem só as pessoas que causam dor, que causam bullying, que fazem eles sofrerem isso demora, praticamente o meu trabalho é desconstruir o que eles vivem (T.CRAS).

Aqui dentro eu desconstruo a escola, eu desconstruo o que eles vivem dentro de casa, o que eles vivem com os amigos, ditos amigos, mas basicamente isso. Eles chegam aqui tem as regras óbvio porque em qualquer lugar do mundo que eles forem eles vão ter regras, só que a gente constrói essas regras juntos e acho que isso que faz a diferença não só o meu trabalho como no trabalho do CRAS que é uma coisa bem legal no serviço de convivência que a gente meio que mostra para eles que a gente está num patamar acima por causa da idade e do estudo, só que a gente pode construir o conhecimento junto com o que eles conhecem e o que eles estão vivendo e o que a gente viveu também (T.CRAS).

O técnico acabou falando de uma questão que também foi descrita em outros espaços em que a pesquisadora esteve, CREAs por exemplo, na fala dos profissionais de que os meninos sofriam discriminação, possibilidade de agressão a todo o momento, destituição dos direitos e falta de proteção considerando a sua situação como e a de quem está em uma condição peculiar de desenvolvimento.

Parece pertinente supor que quando o técnico falou desse trabalho de desconstrução ele estava falando da desconstrução da opressão, da exclusão e do que pode ser limitador na escola, por exemplo, e em outras instituições. Ele falava de desconstrução e possibilidade de reconstrução de coisas através daquele grupo.

Em consonância a isso, um fato interessante na fala do profissional foi o cuidado que ele relatou ter de não divulgar o fato do adolescente estar vindo da

FCASA. O segredo no caso estava relacionado justamente a questão que ele diz trabalhar nos grupos e desconstruir, o preconceito e discriminação, na forma de bullying. Novamente, a importância da questão do segredo na composição de eu (AULAGNER, 1979) é resguardada em um cenário de cuidado.

A gente também não expõe da onde eles são da onde eles vêm isso fica a cargo dos próprios adolescentes de perguntarem ou não, mas também é raro eles perguntarem isso no primeiro dia eles só enxergam como mais um adolescente no meio deles (T.CRAS).

Os meninos que saem da Fundação os outros acabam nem sabendo que eles eram da Fundação, eles não chegam a descobrir, não tem meio que discriminação entre eles, eles acabam se tratando de forma igual até mesmo porque me perguntaram que os meninos saem lá de chinelo, mas os meninos vem pra cá de chinelo está tudo elas por elas. É engraçado, o conceito das pessoas lá fora não é o conceito das crianças aqui dentro, dos adolescentes aqui dentro. Mas preconceito a gente vive constantemente, eu acrescentaria deixaria o bullying e acrescentaria o preconceito e aí entra uma porrada de preconceito que eles enfrentam e a gente também (T.CRAS).

Aqui ele fez uma referência interessante ao quanto os adolescentes se misturam, ou quem sabe, o quanto são parecidos, incluindo as mesmas problemáticas de vida.

Vários estudos relacionados ao perfil socioeconômico dos adolescentes que cometem atos infracionais afirmam justamente eles possuem baixa escolaridade, são geralmente do sexo masculino, pobres, evadidos da escola (BRASIL, 2017) com um alto índice de homicídios, vítimas de situação de violência e de violação de direitos (ZAPPE & RAMOS, 2010) e estariam, portanto, dentro desse perfil social de exclusão (CRUZ ET AL, 2010; JIMENEZ & FRASSETO, 2015; LENZ & CRUZ, 2009; PRIULI & MORAES, 2007; SOUZA, 2010) e que fazem uso de álcool e drogas (BRASILIA, 2012) do qual o técnico da entrevista destacava.

O profissional falou de um trabalho que tem como princípio a defesa da paridade entre os adolescentes. Partindo da ideia de que todos teriam o mesmo potencial podendo-se trabalhar com as diferenças sem superdimensioná-las ou sem deixar que se transformem em bullying. É o processo inverso do preconceito, é atenuação das diferenças, tornando-as menos rígidas e fluidas diante das outras características do grupo e das pessoas.

Eles têm o mesmo potencial, é indiferente de ter síndrome de down ou autismo eles as vezes tem um déficit de atenção, mas todos eles são iguais você só tem que saber como lidar com eles, como fazer com que todos entendam o que você está passando (T.CRAS).

O técnico abordou também outras questões que são fortalecidas no arranjo de trabalho dele e que também se sustentavam nessa ideia de paridade de capacidade e potenciais. Nesses termos as questões principais que se destacaram no trabalho que ele realiza foram a questão da vinculação entre os adolescentes e a possibilidade de cooperação que surgem no coletivo. Além disso, destacou também a construção da crítica sobre a atitude de cada um e sua consequência para a produção do coletivo.

O que a gente tem observado mais aqui no CRAS do Piratininga é o fortalecimento dos vínculos entre eles, não só dentro do jogo quanto fora porque é um jogo cooperativo. É um jogo que eles precisam pensar duas vezes antes de fazer alguma coisa porque isso pode acarretar problemas com o grupo dentro do jogo. Isso começou a gerar que eles comessem a conversar no jogo entre eles o que fazer e o que não fazer, e automaticamente isso transferiu para a vida porque eles começaram a ter uma vinculo maior fora. (T.CRAS).

Apesar de falar da importância de continuidade de atendimento para o adolescente o técnico reconheceu que não é raro acontecer, inclusive com adolescentes que vieram da FCASA, abandono do atendimento após a desinternação dos adolescentes. Para isso, ele frisou que seria de suma importância que esse adolescente fosse vinculado ao serviço previamente e, não somente, próximo a sua saída.

Eu tive um outro caso em outro CRAS que foi idêntico do FK, o menino veio uma vez não veio mais porque saiu e aí a gente perde o contato e tudo mais. Só que eu gostaria que eles viessem antes porque eles ficariam mais (T.CRAS).

Eu acho que eles virem antes para meio que fincar raízes e entenderem que o CRAS é um local de apoio para eles que se eles precisarem eles podem vir, podem participar das atividades como qualquer outro adolescente eu acho que isso que eu faria de diferente com que eles conseguissem vir antes e ficar um pouco mais para não só fazerem amizades boas porque a maioria dos meninos que eu dou aula são meninos que alguns eu confio muita coisa. Eu acho que faltou muito disso (T.CRAS).

O fato dos adolescentes poderem ser atrelados ao serviço bem antes de sua desinternação também é um fato bastante discutido na fala dos profissionais do CAPS AD. Estes últimos, mesmo com as limitações que tem quanto a circulação do

adolescente no serviço e as ofertas rarefeitas de grupo para o mesmo, argumentaram que uma ação desse tipo seria válida para o adolescente não se evadisse do serviço após a desinternação.

Acho que na verdade tem que ser repensado a forma que eles saem, como eles vão começar a interagir com as pessoas antes de sair. E se estão usando as atividades como meio essas atividades elas têm que fazer sentido pra eles não só eles virem aqui uma vez e achar que vai ter um resultado imediato. É óbvio que a gente enxerga algumas coisas e projeta alguns resultados, mas são resultados muito pequenos com o que a gente está acolhendo dos meninos que vem sempre, por isso que a gente fala muito disso que se eles tivessem mais tempo a gente colheria mais coisas, descobriria mais coisas e poderia ajudar até de outras formas (T.CRAS).

Vale pensar que o fato dos adolescentes virem antes para ambos os serviços CAPS e CRAS, como forma de vincula-los, não representa garantia de que os mesmos fiquem, mas pelo que apontou o técnico os resultados de trabalhos com os meninos que tiveram maior tempo para se vincular mostraram talvez que se precise de um tempo maior de contato com o adolescente para que esta tomasse algum sentido importante para ele. O curioso é ter esse tempo maior na questão da compulsoriedade de sua vinda, questão presente em todos os atendimentos ao adolescente.

VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de um mapa sobre as práticas institucionais e clínicas relacionadas com a saúde mental de adolescentes cumprindo MSEs, produzidas nos serviços que os atendiam foi um processo trabalhoso e muito vívido de experiências intensas. Em muitos momentos esse trabalho foi acompanhado de encontros e/ou disputas de a priori e concepções iniciadas nos referenciais da saúde mental dos quais a pesquisadora partiu para realizar a pesquisa (rede, projeto terapêutico, acolhimento, escuta qualificada e reabilitação psicossocial/resinserção social). Esses encontros foram reterritorializados nas trocas e pertencimentos de espaços de ajuntamento com os profissionais que se encorajaram em participar do estudo.

A sistemática de construção e operatividade de um projeto de maneira articulada com a família e o adolescente em situação de cuidado e proteção cumprindo medidas socioeducativas e as interseções possíveis nessa empreitada, foi vista no desejo declarado dos profissionais de promover neste usuário protagonismo de vida, ações que o retirassem do lugar de vulnerabilidade em que ele, por vezes, se encontrava. Isso se dava diante da tentativa de inseri-lo novamente em propostas de trabalho que o resgatassem dessa condição. Essa sistemática foi também vivenciada no estranhamento dos profissionais no trabalho com os processos de estratificação sociais e psíquicos dos quais os adolescentes eram alvos.

A construção e operatividade do PIA como (im)possibilidade de negociação ou acesso do adolescente a um projeto de vida mais potente para si produziu espaços de discussão de uma série de ações de proteção e cuidado, ou do que seria considerado como tal.

Diante do exposto, abordar-se-ão as principais paisagens e caminhos habitados no campo de pesquisa que fizeram uma composição sobre a produção de práticas institucionais e clínicas no âmbito da saúde mental de adolescentes em conflito com a lei cumprindo MSE. Elas serão expostas sob três óticas, a dimensão do esvaziamento dos sentidos, a dimensão das estratificações e a operatividade na produção de projetos de cuidado.

No âmbito do esvaziamento de sentidos foram encontrados processos genuinamente garantidores de direitos aos adolescentes destituídos de sua finalidade original, como o fato dos adolescentes serem obrigados a frequentar a escola, assim como, na proposição burocratizada de replicação das metas do PIAs dos adolescentes.

Sob essa égide pode-se relatar a necessidade de cumprimento de um rol de propostas atinentes a esse projeto de atendimento totalmente destituídas de sentido e oferecidas ao adolescente de maneira desvirtuada, como as propostas de autocuidado oferecidas ao usuário do CAPS, sem que ele tivesse necessidade para tal. No caso do CREAS, os movimentos de reproduzir as metas propostas para orientação de MSE dos adolescentes.

A questão da compulsoriedade é também posta como uma condição produtora de esvaziamento de sentidos diante do afrouxamento e partimentarização de propostas relacionadas com a produção de cuidado aos adolescentes –

encaminhamentos desvinculados, parcerias inexistentes, dificuldade de acesso e composição de rede, bem como, a dubiedade no desenvolvimento de ações em saúde mental, delimitadas de distintos modos no estudo (promoção, atividades psicossociais ou acompanhamento e encaminhamento de casos com diagnóstico em saúde mental). Essa compulsoriedade no encaminhamento e cumprimento de atividades se remetia tanto às ações realizadas pelos adolescentes, quanto pelos profissionais.

No âmbito das estratificações binárias propostas, temos os processos de assujeitamento no reconhecimento dos adolescentes emoldurados por tipos de comportamentos e valores moralmente aceitáveis ou não; a colocação dos pais sob uma mesma moldura, bem como, dos profissionais, quando eles se vêem rotulados pela insígnia da autoridade policial que os adolescentes temem e são alvo.

O emolduramento também acontece pelas vias da mudança de letra do adolescente advindo da FCASA, na expressão de um tipo de comportamento característico que ele esboça, nos efeitos de mortificação do eu descritos por GOFFMAN e de outros trejeitos relacionados com esse processo de estratificação.

Outra forma de emolduramento está relacionada com a compreensão que se tem sobre o desejo do adolescente e deste, enquanto um ser alienado e passivo diante de suas condições e possibilidades de vida, destituído de um desejo que é válido e adequado sobre o que fazer na sua vida.

No campo da produção de cuidado, desejos e agenciamentos produtores de vida, temos as ações produzidas nas práticas clínicas geradas de maneira dúbia nos serviços: do serviço de cumprimento de MSE como prolongamento do sistema judicial, que invadia, monitorava, obrigava, corrigia os adolescentes e quando necessário, aplicava sanções (relatórios de descumprimento e ameaças de comunicar o juiz quando houvesse situações passíveis de romper com o sistema instituído); da dificuldade de se produzir cuidado lado a lado da correção e, da tentativa de reinserir esse adolescente em alguma atividade que o fizesse desistir e/ou superar a condição social perversa a que teve contato, da luta que era firmada em favor dele.

Além disso, o campo de produção de cuidado revelou a complexidade e dificuldade na delimitação de territórios de atuação – as ações em saúde mental no CREAS, a estratégia de redução de danos no CAPS, o processo de responsabilização do adolescente pelo cometimento do ato infracional.

A produção de ações que se reverteram em potência de enfrentamento no cumprimento das MSEs e na vida dos adolescentes nos distintos serviços foram: as propostas de PIA diferentes como potencializadoras da diferença e o desejo declarado e reafirmado dos adolescentes de não ir ao CAPS ou de resistir diante de propostas que lhe solicitassem exposição de sua figura.

A saúde mental, como entidade foco desse estudo, ao que tudo indica, convoca cada um dos serviços de maneira bastante distinta.

O CREAS é convocado oficialmente para realizar atividades psicossociais, promoção em saúde mental, lidar com distintas demandas de cuidado em saúde que chegam aos serviços – mentalidade sofredora coletiva, filhos da rede e outros processos de vulnerabilidade. Ele tem um papel de (co)produtor de acolhimento e atendimento das demandas desses adolescentes chegados no serviço e composição de rede de atendimento no seguimento de demandas em saúde mental.

O CAPS AD é convocado principalmente como ambulatório de cuidados complementares a outras instituições, como a FCASA, mas também como ambulatório autossuficiente em saúde mental que recebe demandas de cuidado de outros pontos da rede de Osasco, as operacionaliza e as encerra no cerne do próprio serviço. Ele tem um papel coadjuvante na composição de trabalho com FCASA que o destinou a necessidade de manutenção de abstinência do adolescente cumprindo MSE em seguimento e a lide com a garantia de que o adolescente não irá mais cometer atos deletérios à sua vida, leia-se aqui, usar drogas e cometer ato ilícito.

A figuração do CAPS como serviço mais ou menos interseção ocorre mediante o tipo de serviço que o encaminha algum caso e da disponibilidade desse para negociar coisas. Isso mostra uma postura bastante reativa e não proativa ou estratégica diante da capilaridade e espraiaamentos necessários a ação de um CAPS no território.

O CRAS é convocado como composição de rede na proposição de um trabalho de discussão e empoderamento sobre as condições de produção de diferenças, principalmente as diferenças que estratificam e marcam o usuário em rótulos deletérios.

Esse mapa nos mostra que o atendimento em saúde mental de adolescentes cumprindo MSE ainda se estabelece de maneira dúbia, desigual e, em algumas

ocasiões aguerridas às condições de complexidade relacionadas ao adolescente alvo dos serviços enfocados nesse estudo.

Apesar do descrito, esses serviços funcionam de maneira concatenada com a maior parte do que é descrito na lei do SINASE, o que mostra que a resolutividade e produção de cuidado interseção não se faz pelo que é descrito na letra da lei, mas na micropolítica dos processos gerados no interior dos serviços, mediados por processos de formação, discussão e supervisão que sirvam para repensá-los sempre.

Faz-se mister compor desenhos e definições sobre como se darão as ações exclusivas e intersetoriais em saúde mental nos serviços do SUAS que atendem a demanda do Sistema Socioeducativo.

A atuação dos profissionais nos mais variados serviços, fazem uso de maneira geral, da herança histórica na proposição de modelos de atendimento que vulnerabilizam a adolescência produzindo práticas que desresponsabilizam, tutelam e, em algumas ocasiões, desassistem e revitimizam o adolescente em MSE.

Por fim, é importante destacar que o CAPS tem um enorme desafio como serviço estratégico da rede de atenção psicossocial para não se deixar ocupar um papel coadjuvante na produção de cuidado na área. Papel esse que deve compor um olhar direcionado a uma prática consistente dentro do serviço, bem como, de práticas que se entrelacem com outras instituições e que também façam parte necessariamente da rede de garantia de direitos das crianças e adolescentes.

VIII. REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. Adolescência normal: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

AGUIAR, L.M. As potencialidades do pensamento geográfico: a cartografia de Deleuze e Guattari como método de pesquisa processual. Comunicação científica. Intercom. Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. XXXIII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. Caxias do Sul. Rio Grande do Sul, 2010.

AMARANTE, P. D. C. (Org). *Loucos pela Vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Coleção Panorama - ENSP, 1995/2008.

ANDRADE, L.F.; ROMAGNOLI, R.C. O Psicólogo no CRAS: uma cartografia dos territórios subjetivos. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, v.30, n.3, p.604-619, Setembro de 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932010000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de setembro de 2017.

ARIÈS, P. A História social da criança e da família. Tradução de Dora Flaksman. Segunda edição. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

ARRIGONI, R. & URBANO, G. A experiência do projeto Quixote com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. & LYKOUROPOULOS, C.B. *O CAPSi e o desafio da gestão em rede*. São Paulo: HUCTEC, 2016. p.147-157.

ASSUMPÇÃO, F. *Psiquiatria infantil brasileira. Um esboço histórico*. São Paulo: Lemos Editorial, 1995.

AULAGNER, P. *A violência da interpretação*. Rio de Janeiro: Imago, 1979.

AYRES, J.R.C.M. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, L.B. *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Editora HUCITEC, 1990. p. 129-82.

BERTUSSI, D.; BADUY, R.S.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. F. Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. p. 306-324. Online: disponível em www.ims.uerj.br/ccaps. BRASIL. Presidência da República. Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei n 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em 07/07/2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei n 10216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em 09/07/2017.

BRASIL, 2002. PORTARIA Nº 336. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental de 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Lei Nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2 ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Sistema Nacional De Atendimento Socioeducativo - SINASE/ Secretaria Especial dos Direitos Humanos – Brasília-DF: CONANDA, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. *Relatório de Gestão 2003-2006*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: 2007a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0416_M.pdf>. Acesso em: 15 de julho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2011a.

BRASIL. PORTARIA Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. 2011b.

BRASIL, 2011c. PORTARIA Nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

BRASIL. Presidência da República. Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 12.594, de 18 de Janeiro de 2012a. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011014/2012/lei/l12594.htm>. Acesso em 12 de julho de 2017.

BRASIL. PORTARIA Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. 2012b.

BRASIL, 2013. Governo federal. Cartilha Projeto ‘Crack é possível vencer’. http://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/docs_oficiais/1_D_2013_Crack%20possivel_vencer_estrategia_completa.pdf

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Levantamento anual SINASE 2014. Brasília: Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente do Ministério dos Direitos Humanos, 2017.

BRASILIA. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Atendimento sócio educativo ao adolescente em conflito com a lei. Levantamento Nacional. *Material não publicado*. Setembro de 2012.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 163-177, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=pt_BR&nrm=iso>. Acesso em 09 de agosto de 2017.

CALLIGARIS, C. *A Adolescência*. São Paulo: PUBLIFOLHA; 2009.

CASTELLAR, C. Psicanálise e adolescência: considerações teórico-técnicas. In: _____ & FREITAS, L.A. *Crise da adolescência: visão psicanalítica*. Rio de Janeiro: Rocco, 1989.

CASTRO e SILVA, R. De Abaiara a Bissau: por uma (e)Educação com adolescentes, sem adolescência. São Paulo: UNICAMP, 2011. *Tese de doutorado* (Doutorado em Educação), Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, 2011.

CAVALCANTI, R.C. Adolescência. In: VITIELLO, N. et al. *Adolescência hoje*. São Paulo: Roca, 1988 p. 5-27.

CNAS.CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. RESOLUÇÃO Nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. 2009.

CONANDA. CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Resolução 119, de 11 de dezembro de 2006a. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo e dá outras providências.

CONANDA. CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Resolução 116, de 2006b. Dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

COSTA-ROSA, A. A estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, v.32, n.78/79/80, p.27-37, Jan/Dez 2008.

CRUZ, L.R.; WELZBACHER, A.I.; FREITAS, C.L.S.; COSTA, L.X.S. & LORINI, R.A. Medidas socioeducativas em meio aberto no município de Santa Cruz do Sul/RS:

entre as diretrizes legais e as políticas sociais públicas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. São João del Rei, v.5, n.1, São João del-Rei, janeiro/julho 2010.

CZERESNIA, O conceito de saúde e a diferença entre o conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: _____; FREITAS, C.M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003.p39-53.

DELEUZE. G. e GUATTARI, F. *Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia*, vol. 1. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. o Antiédipo. Capitalismo e esquizofrenia. Editora: Assírio e Alvim, 2004.

DELEUZE. O abecedário de Deleuze. Transcrição do vídeo, para fins didáticos. 1988. Disponível em:<<http://stoa.usp.br/prodsubjeduc/files/262/1015/Abecedario+G.+Deleuze.pdf>> Acesso em: 09 de setembro de 2007.

DELEUZE, G. e PARNET, C. Diálogos. Tradução de Eloisa Araújo Ribeiro, São Paulo: Escuta, 1998.

DELFINI, P.S.S. O cuidado em saúde mental infantil na perspectiva de profissionais, familiares e crianças. 2016. Tese (Doutorado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-25022016-135155/>>. Acesso em: 2017 de julho de 2017.

DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. Tradução de M.T. Costa Albuquerque. Revisão técnica de J. A. Guilhom Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições GRAAL, 2ª edição, 1986.

EDUARDO, M. F. Território, trabalho e poder: por uma geografia relacional. Campo-Território: Revista de Geografia Agrária, v. 1, n. 2, p. 173-195, ago. 2006

FARIA FILHO, L.M. & VIDAL, D.G. Os tempos e os espaços escolares no processo de institucionalização da escola primária no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro , n. 14, p. 19-34, Agosto de 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782000000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 de setembro de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782000000200003>.

FRAYZE-PEREIRA, J.A. Áreas secretas - uma questão da modernidade. *Psicologia-USP*, São Paulo, v.1, n.2, p. 105-112, 1990.

FESTINGER, L. *Teoria da dissonância cognitiva*. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1975.

FEUERERWERKER, L. C. M. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Tese de livre docência. São Paulo: SP. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2012.

FOUCAULT, M. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FROTA, A. M. M. C. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jun. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812007000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 de setembro de 2017.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

HAESBAERT, Rogério. O mito da desterritorialização: do 'fim dos territórios' à multiterritorialidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

JIMENEZ, L.; FRASSETO, F. A. Face da morte: a lei em conflito com o adolescente. *Psicologia e Sociedade*. Belo Horizonte, v.27, n.2, p.404-414, agosto de 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822015000200404&lng=pt_BR&nrm=iso>. Acesso em 05 de julho de 2017.

JOIA, J.H. As tóxicas tramas da abstinência: compulsoriedades nas internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. São Paulo: PUC-SP, 2010. *Dissertação de mestrado* (Mestrado em Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica, 2014.

JOIA, J.H.; OLIVEIRA, A. & VICENTIN, C. O que as trajetórias de atenção a crianças e adolescentes que fazem uso de drogas nos ensinam sobre o cuidado em rede? In: VICENTIN, C. & LYKORPOULOS, C.B. *O CAPSi e a gestão em rede*. São Paulo: HUCITEC, 2016.

KIRST, P.G., GIACOMEL, A.E., RIBEIRO, C.J.S., COSTA, L.A., & ANDREOLI, G.S. Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. In FONSECA, T.M.G. & KIRST, P.G. (Orgs.) *Cartografias e devires: a construção do presente*. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, p.91-101.

LEFEVRE, F. & LEFEVRE, A.M.C. *Promoção de saúde. A negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LENZ, F.L. & CRUZ, L.R. Orientadores de liberdade assistida: problematizações (im)pertinentes. *Psico PUCRS*, v.40, n.4, pp.530-536, out-dez 2009.

MALVASI, P.A. Entre a Frieza, o Cálculo e a “Vida Loka”: violência e sofrimento no trajeto de um adolescente em cumprimento de medida socioeducativa. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.20, n.1, p.156-170, 2011.

MANSANERA, A.R.; SILVA, L.C. A influência das ideias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil. *Psicologia em estudo*. Maringá, v.5, n.1, p.115-137, março de 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722000000100008&lng=pt_BR&nrm=iso>. Acesso em 20 de setembro de 2017.

MARCILIO, M.L. *História social da criança abandonada*. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MARCONDES, N.A.V. & BRISOLA, E.M.A. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. *Revista Univap*. São José dos Campos-SP-Brasil, v. 20, n. 35, julho de 2014. Disponível em: <<http://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/228/210>>. Acesso em: 15 de abril de 2017.

MERHY, E. Cuidado com o cuidado em saúde. Saiba explorar seus paradoxos para defender a vida. O ato de cuidar é um ato paradoxal. Pode aprisionar ou liberar. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-09.pdf>>. Acesso em: 09 de setembro de 2017. Campinas, 2004.

MERHY, E & FRANCO, T. Trabalho em saúde. 2005. <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-05.pdf>

MERHY, E. E. Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. 2007. Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/> 2007>. Acesso em 12/07/2014.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 edição. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.; CONSTANTINO, P. & SANTOS, N.C. Métodos, técnicas e relações em triangulação. IN: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G. & SOUZA, E. R. (Orgs) Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

MONTE, F.F.C.; SAMPAIO, L.R.; ROSA FILHO, J.S. & BARBOSA, L.S. Adolescentes autores de atos infracionais: psicologia moral e legislação. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, v.23, n.1, p.125-134, Abril de 2011 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 de outubro de 2017.

MONTE, F.F.C & SAMPAIO, L.R.. Práticas pedagógicas e moralidade em unidade de internamento de adolescentes autores de atos infracionais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v.25, n.2, p.368-377, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 de outubro de 2017.

MORAIS, A. C. de; MALFITANO, A. P. S. Medidas socioeducativas em São Paulo: os serviços e os técnicos. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 26, n. 3, p. 613-621, Dezembro de 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 12 de julho de 2017.

MUSSE, L. B. Novos sujeitos de direito. As pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

MUYLAERT, C.J. Formação, vida profissional e subjetividade: narrativas de trabalhadores de Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

OMS. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. El embarazo y el aborto en la adolescência. Genebra, Organización Mundial de la Salud, 1975 (OMS Série de Informes Técnicos, 583).

OSASCO. PREFEITURA MUNICIPAL DE OSASCO. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO SOCIAL DA PREFEITURA DE OSASCO. Plano municipal socioeducativo do município de Osasco. Documento não publicado. Novembro de 2012a.

OSASCO. PREFEITURA MUNICIPAL DE OSASCO. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO SOCIAL DA PREFEITURA DE OSASCO. Projeto técnico pedagógico. Programa/ Serviço de medidas sócio educativas de meio aberto. Documento não publicado. Novembro de 2012b.

OSASCO. *Material em power point intitulado “Medidas sócio educativas de Prestação de serviço à comunidade – PSC e Liberdade Assistida – LA, em meio aberto”*. Secretaria de Assistência e Promoção Social e CREAS – Graciela Flores de Piteri. Não publicado. Outubro de 2014.

PASSOS, E.; KASTRUP, V. e ESCOSSIA, L. (2009) Apresentação. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V; ESCOSSIA, L. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p.7-16.

PETITAT, A. *Produção da escola/produção da sociedade: análise sócio-histórica de alguns momentos decisivos da evolução escolar no ocidente*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

PERES, F. & ROSENBURG, C.P. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da Saúde Pública. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.7, n.1, p.53-86, Julho de 1998. Retirado de:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901998000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 de setembro de 2017.

PEREZ, J. R. R.; PASSONE, E. F. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v.40, n. 140, p:649-673, Agosto de 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742010000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 de julho de 2017.

PRIULI, R.M.A.; MORAES, M.S. Adolescentes em conflito com lei. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n. 5, p. 1185-1192, outubro de 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 de julho de 2017.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, A. M. A.; VIEIRA, N. F. C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Revistas de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n.2: p.276-83, abr/jun de 2007.

REIS, A. O. A. O discurso da saúde pública sobre a adolescente grávida: avatares. São Paulo: FSP USP, 1993. *Tese de Doutorado*. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1993.

REIS, A. O. A. Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis no Estado de São Paulo. *Tese de livre docência*. São Paulo: FSP, 2010. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2010.

REIS, A. O. A.; DELFINI, P. S. S.; DOMBI-BRABOSA, C. & BERTOLINO-NETO, M. M. Breve história da saúde mental infantojuvenil. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: HUCITEC, 2010.p.109-130.

RIZZINI, I. *A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente*. Rio de Janeiro: Editora PUC-RIO; São Paulo: Loyola, 2004.

ROLNIK, S. *Cartografia Sentimental. Transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

ROTELLI, F.; A instituição inventada. In: NICACIO, F. (Org) *Desinstitucionalização*. São Paulo, Editora Suscite, 1990, p.89-100.

SALTAMACHIA, H.R. La juventud en la época moderna: un análisis conceptual. Puerto Rico, *Cuadernos CIJUP*, 1990.

SARACENO, B. Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Tradução de Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Willians Valentini. 2ª edição. Te Corá Editora. Instituto Franco Basaglia. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro, 2001.

SANTOS, M. A. C. Da criança ao menor: notas sobre a criminalização da infância em São Paulo na passagem do século XIX ao XX. In: MOTA, A. e SCHRAIBER, L. B. (Orgs) *Infância e Saúde. Perspectivas históricas*. São Paulo: Hucitec /FAPESP, 2009.p.89-117.

SARAIVA, J.B.C. *Compêndio de Direito Penal Juvenil. Adolescente e ato infracional*. 3 edição, revista e ampliada. Porto Alegre: Livraria do advogado Editora, 2006.

SARAIVA, J.B.C. Adolescente e responsabilidade penal. Da indiferença à proteção integral. 5 edição. Revista e atualizada. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2016.

SEGALIN, A. & TRZCINSKI, C. Ato infracional na adolescência: problematização do acesso ao sistema de justiça. *Revista Virtual Textos & Contextos*. n.6, v.10, Dez 2006. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1038/817>>
Acesso em 12 de julho de 2017.

SCHECHTMAN, A. Exortação às mães: uma breve consideração histórica sobre saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2 ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

SHECAIRA, S.S. *Sistema de garantias e o direito penal juvenil*. 2 edição revista e atualizada. São Paulo: Editora revista dos tribunais, 2015.

SILVA, C.V. O conceito de desejo na filosofia de Gilles Deleuze. Campinas: UNICAMP. Dissertação (Mestrado em Filosofia), Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Campinas, 2000.

SOUZA, A.F. A integração entre o Sistema Nacional Socioeducativo (SINASE) e o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) na promoção dos direitos de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. São Paulo: PUC-SP, 2010. *Dissertação de mestrado* (Mestrado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica, 2010.

SPOSATO, K.B. *Direito penal de adolescentes. Elementos para uma teoria garantista*. São Paulo: Saraiva, 2013.

TIBA, I. *Puberdade e Adolescência. Desenvolvimento Biopsicossocial*. 2 edição. São Paulo: Ágora, 1986.

TRINDADE, R. Sobre o desejo em Deleuze. Texto online. Disponível em:<<https://razaoinadequada.com/2013/02/08/deleuze-desejo>>. Acesso em 09 de setembro de 2017.

VICENTIN, M. C. A questão da responsabilidade penal juvenil: notas para uma perspectiva ético-política. In ILANUD, ABMP, SEDH, & UNFPA (Orgs., *Justiça, adolescente e ato infracional: socioeducação e responsabilização*. São Paulo: ILANUD, p.151-173, 2006.

VICENTIN, M. C. G.; GRAMKOW, G.; MATSUMOTO, A. E. Patologização da adolescência e alianças psi-jurídicas: algumas considerações sobre a internação psiquiátrica involuntária. In: INSTITUTO DE SAÚDE; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Direito a Saúde. Boletim do Instituto de Saúde, v.12, n.3, p.268-272, Dezembro de 2010a.

VICENTIN, M.C.; GRAMKOW, G. & ROSA, M. D. A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de "novos manicômios judiciais". Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano, v.20; n.1, p. 61-69, 2010b.

VOLPI, Mario (Org). Sem liberdade, sem Direitos: a privação de liberdade na percepção do adolescente. São Paulo: Cortez, 2001.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004. YASUI, S. &

ZAPPE, J.G.; RAMOS, N.V. Perfil de adolescentes privados de liberdade em Santa Maria / RS. *Psicologia e Sociedade*. Florianópolis, v.22, n. 2, p. 365-373, agosto de 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000200017&lng=pt_BR&nrm=iso>. Acesso em 02 de julho de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822010000200017>.

WELLER, W. GDs na pesquisa com adolescentes e jovens: aportes teórico-metodológicos e análise de uma experiência com o método. *Educação e Pesquisa*, São Paulo , v. 32, n. 2, p. 241-60, agosto 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022006000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 de abril de 2017.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986. Carta de Ottawa, In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: *Cartas de Ottawa*, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, pp. 11-18.

IX. ANEXOS

9.1 ANEXO 01: FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM COM ADOLESCENTES QUE CUMPREM MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS

Os dados a seguir serão coletados na aplicação de um formulário a todos os profissionais do serviço.

Esse formulário tem como base o estudo/ caracterização dos profissionais que trabalham instituição atrelada ao estudo.

Instruções a ser lidas para os trabalhadores que preencherão os dados.

Prezados,

O seguinte formulário é parte do estudo por mim desenvolvido intitulado: “Ações e discursos em saúde mental presentes nos projetos de acompanhamento de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas em meio aberto” no Programa de Pós Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, financiado pela CAPES. A finalidade da pesquisa é caracterizar os processos de trabalho presentes na operacionalização dos PIAS de adolescentes que cumprem medidas socioeducativas em meio aberto.

Ao preencher os dados desse formulário você contribuirá para ampliação do conhecimento científico em sua área de trabalho, o que poderá reverter em benefícios a você e aos seus colegas.

Para isso, você não precisa se identificar, mas peço que preencha todas as questões.

Dados pessoais:

Sexo: ____/ Idade: ____

Dados profissionais:

Formação:_____

Onde estudou:_____

Instituição: ☐ publica ☐ particular

Pós – graduação ☐ Sim ☐ Não. Se sim, especifique _____

(Até 03 mais significativas para a área)

Há quanto tempo é formado?_____. Outros cursos de formação:_____

(Até 03 mais significativos para a área)

Já trabalhou em CREAS/CRAS/CAPS ou com adolescentes que cumprem medidas socioeducativas antes? ☐ Sim ☐ Não

Qual função exerce?_____.

Há quanto tempo trabalha no serviço? _____.

Trabalha em outro local além deste estabelecimento/instituição? Sim (☐) Não (☐)

Qual?_____

Antes de trabalhar aqui, teve experiência anterior na área da infância e adolescência/saúde mental/ álcool e drogas? Sim (☐) Não (☐)

Qual?_____

(Até 03 mais significativas para a área)

Como começou a trabalhar nesta instituição? Porque permanece?

Você gosta de trabalhar com o que e onde trabalha?

Você se sente reconhecido naquilo que faz? (☐) Sim (☐) Não

Pelo usuário? (O que lhe agrada e o que lhe desagrada?)

Pelo gestor? (O que lhe agrada e o que lhe desagrada?)

Pela equipe? (O que lhe agrada e o que lhe desagrada?)

Como você acha que se implica/se insere neste trabalho?

Quais os aspectos que você considera mais importantes no processo de construção e acompanhamento dos PIAS dos adolescentes? Você acha que consegue desenvolver estes aspectos na sua prática? De que forma?

9.2 ANEXO 02: ROTEIRO PARA DISCUSSÕES TEMÁTICAS NOS GRUPOS COM OS PROFISSIONAIS

Os dados a seguir serão coletados nas reuniões do grupo focal com os profissionais que participarão da pesquisa.

O roteiro para discussões temáticas servirá de apoio à discussão dos casos que cada profissional esteja vinculado.

O grupo focal se desenvolverá em três encontros nos quais discutiremos as seguintes questões:

MOMENTO 1. Entrada do adolescente.

[Objetivo: pretende-se caracterizar como o adolescente chegou ao CREAS/Instituição de cuidado em saúde mental, quais as ações e falas que a saúde mental tem acerca desse adolescente e como pensam em trabalhar essas ações no PIA]

MOMENTO 2. Acompanhamento (um mês de permanência).

[Objetivo: pretende-se refletir com o grupo o que eles propiciaram a esse adolescente relacionado com o cuidado em saúde mental e também como está sendo o acompanhamento desse adolescente a partir do projeto (PIA)]

MOMENTO 3. (Saída do adolescente – dois ou três meses depois).

[Objetivo: pretende-se discutir com os profissionais quais as principais ações que estão sendo/serão realizadas com adolescentes relacionados com a saúde mental e caso eles sejam encaminhados para outros serviços, ou haja algum tipo de continuidade de ações, qual seria].

9.3 ANEXO 03: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS – CREAS/CRAS/ INSTITUIÇÃO DE CUIDADO (EM SAÚDE MENTAL)

Os dados a seguir serão coletados a partir do contato com os profissionais (escolhidos mediante o seu vínculo com os PIAs do adolescentes)

Olha, eu estou aqui por causa de uma pesquisa que se chama: “Ações e discursos em saúde mental presentes nos projetos de acompanhamento de adolescentes cumprindo medidas sócio educativas em meio aberto” no Programa de Pós Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. E gostaria de contar com a sua colaboração para responder algumas perguntas relacionadas à atividade que você desenvolve aqui com esses adolescentes.

Para isso, peço que responda algumas questões.

Porque motivo você veio trabalhar aqui no CREAS/CRAS/nesta instituição?

Vou te pedir para falar sobre a saúde mental dos adolescentes que você acompanha...

Que ações nessa área você realiza com esses adolescentes?

Você acha que essas ações são efetivas para cuidar da saúde mental desses adolescentes?

Por que sim? Ou por que não? Como você acha que elas são efetivas?

9.4 ANEXO 04. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS CREAS/CRAS - ENTREVISTA)

Título da Pesquisa: Ações e discursos em saúde mental presentes nos projetos de acompanhamento de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas em meio aberto.

Pesquisador responsável: Isabella Teixeira Bastos. RG. 2853440

Meu nome é Isabella Teixeira Bastos, sou psicóloga, faço doutorado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP. Estou realizando uma pesquisa sob orientação do professor Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis do Departamento de Saúde Materno-Infantil desta faculdade.

Venho por meio deste convidar você para participar desta pesquisa que tem como objetivo conhecer as ações e discursos em saúde mental presentes nos projetos de acompanhamento de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas em meio aberto.

Para isso, será realizada uma entrevista com você a fim de que conversemos sobre que ideias e ações em saúde mental têm-se e/ou desenvolve-se com os adolescentes aqui cumprindo medidas socioeducativas. Esta entrevista terá a duração de aproximadamente quarenta minutos, a fim de não concorrer com as suas atividades cotidianas.

Ao aceitar participar deste estudo você permitirá que a pesquisadora utilize as informações dadas para fins científicos tendo garantido o máximo de anonimato sobre seus dados pessoais e a confidencialidade das informações que você falar. Ademais, você tem a liberdade de se recusar a participar da pesquisa agora ou em qualquer momento dela. Você poderá também, a qualquer momento, pedir maiores informações sobre a pesquisa por meio do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A sua participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais ou oferecerá riscos à sua integridade, não lhe trazendo também nenhum benefício direto de cunho financeiro ou de outro tipo; assim como, você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa. Entretanto, esperamos que este estudo forneça informações importantes sobre o cuidado em saúde mental dos adolescentes na instituição em que trabalha. Comprometo-me a lhe divulgar os resultados finais desta pesquisa.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem às diretrizes e normas éticas para realização de pesquisa com seres humanos conforme a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Após estes esclarecimentos, solicito o seu consentimento de forma voluntária e esclarecida para participar desta pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa (Responsável)

Assinatura do Participante da Pesquisa (Responsável)

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Em caso de dúvidas ou denúncias quanto a questões éticas você poderá entrar em contato com as seguintes pessoas ou instituições:

Doutoranda: Isabella Teixeira Bastos. Rua Borges Lagoa, 512, apt 93 A. Vila Clementino. Cep: 04038-000. Telefone convencional: 11 36247609. Celular: 11 987232898 11 983113160.

Orientador Responsável: Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis. Av. Dr. Arnaldo, 715 – 2º Andar – Cerqueira César. São Paulo. CEP: 01246-904. Fone: 3061-7703. E-mail: albereis@usp.br

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP: Prof.ª Dr.ª Sandra Roberta Gouvêa Ferreira Vivolo. Av. Dr. Arnaldo, 715 – Térreo – Cerqueira César. São Paulo. CEP: 05049-000. Fone: 3061-7779/7742.

9.5 ANEXO 05. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS INSTITUIÇÕES DE CUIDADO (EM SAÚDE MENTAL) - ENTREVISTA)

Título da Pesquisa: Ações e discursos em saúde mental presentes nos projetos de acompanhamento de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas em meio aberto.

Pesquisador responsável: Isabella Teixeira Bastos. RG. 2853440

Meu nome é Isabella Teixeira Bastos, sou psicóloga, faço doutorado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP. Estou realizando uma pesquisa sob orientação do professor Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis do Departamento de Saúde Materno-Infantil desta faculdade.

Venho por meio deste convidar você para participar desta pesquisa que tem como objetivo conhecer as ações e discursos em saúde mental presentes nos projetos de acompanhamento de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas em meio aberto.

Para isso, será realizada uma entrevista com você a fim de que conversemos sobre que ideias e ações em saúde mental têm-se e/ou desenvolve-se com os adolescentes cumprindo medidas socioeducativas em meio aberto e que são atendidos nessa instituição. Esta entrevista terá a duração de aproximadamente quarenta minutos, a fim de não concorrer com as suas atividades cotidianas.

Ao aceitar participar deste estudo você permitirá que a pesquisadora utilize as informações dadas para fins científicos tendo garantido o máximo de anonimato sobre seus dados pessoais e a confidencialidade das informações que você falar. Ademais, você tem a liberdade de se recusar a participar da pesquisa agora ou em qualquer momento dela. Você poderá também, a qualquer momento, pedir maiores informações sobre a pesquisa por meio do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A sua participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais ou oferecerá riscos à sua integridade, não lhe trazendo também nenhum benefício direto de cunho financeiro ou de outro tipo; assim como, você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa. Entretanto, esperamos que este estudo forneça informações importantes sobre o cuidado em saúde mental dos adolescentes nas instituições estudadas.

Comprometo-me a lhe divulgar os resultados finais desta pesquisa.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem às diretrizes e normas éticas para realização de pesquisa com seres humanos conforme a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Após estes esclarecimentos, solicito o seu consentimento de forma voluntária e esclarecida para participar desta pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa (Responsável)

Assinatura do Participante da Pesquisa (Responsável)

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Em caso de dúvidas ou denúncias quanto a questões éticas você poderá entrar em contato com as seguintes pessoas ou instituições:

Doutoranda: Isabella Teixeira Bastos. Rua Borges Lagoa, 512, apt. 93 A. Vila Clementino. Cep: 04038-000. Telefone convencional: 11 36247609. Celular: 11 987232898 11 983113160.

Orientador Responsável: Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis. Av. Dr. Arnaldo, 715 – 2º Andar – Cerqueira César. São Paulo. CEP: 01246-904. Fone: 3061-7703. E-mail: albereis@usp.br

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP: Prof.^a Dr.^a Sandra Roberta Gouvêa Ferreira Vivolo. Av. Dr. Arnaldo, 715 – Térreo – Cerqueira César. São Paulo. CEP: 05049-000. Fone: 3061-7779/7742.

9.6 ANEXO 06. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS CREAS – GRUPO)

Título da Pesquisa: Ações e discursos em saúde mental presentes nos projetos de acompanhamento de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas em meio aberto.

Pesquisador responsável: Isabella Teixeira Bastos. RG. 2853440

Meu nome é Isabella Teixeira Bastos, sou psicóloga, faço doutorado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP. Estou realizando uma pesquisa sob orientação do professor Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis do Departamento de Saúde Materno-Infantil desta faculdade.

Venho por meio deste convidar você para participar desta pesquisa que tem como objetivo conhecer as ações e discursos em saúde mental presentes nos projetos de acompanhamento de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas em meio aberto.

Para isso, você fará parte de um GD a fim de que conversemos sobre que ideias e ações em saúde mental têm-se e/ou desenvolve-se nos casos de adolescentes aqui cumprindo medidas socioeducativas. O grupo terá a duração de aproximadamente uma hora e pretende não concorrer com as suas atividades cotidianas.

Ao aceitar participar deste estudo você permitirá que a pesquisadora utilize as informações dadas para fins científicos tendo garantido o máximo de anonimato sobre seus dados pessoais e a confidencialidade das informações que você falar. Ademais, você tem a liberdade de se recusar a participar da pesquisa agora ou em qualquer momento dela. Você poderá também, a qualquer momento, pedir maiores informações sobre a pesquisa por meio do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A sua participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais ou oferecerá riscos à sua integridade, não lhe trazendo também nenhum benefício direto de cunho financeiro ou de outro tipo; assim como, você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa. Entretanto, esperamos que este estudo forneça informações importantes sobre o cuidado em saúde mental dos adolescentes nas instituições estudadas.

Comprometo-me a lhe divulgar os resultados finais desta pesquisa.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem às diretrizes e normas éticas para realização de pesquisa com seres humanos conforme a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Após estes esclarecimentos, solicito o seu consentimento de forma voluntária e esclarecida para participar desta pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa (Responsável)

Assinatura do Participante da Pesquisa (Responsável)

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Em caso de dúvidas ou denúncias quanto a questões éticas você poderá entrar em contato com as seguintes pessoas ou instituições:

Doutoranda: Isabella Teixeira Bastos. Rua Borges Lagoa, 512, apt 93 A. Vila Clementino. Cep: 04038-000. Telefone convencional: 11 36247609. Celular: 11 987232898 11 983113160.

Orientador Responsável: Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis. Av. Dr. Arnaldo, 715 – 2º Andar – Cerqueira César. São Paulo. CEP: 01246-904. Fone: 3061-7703. E-mail: albereis@usp.br

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP: Prof.ª Dr.ª Sandra Roberta Gouvêa Ferreira Vivolo. Av. Dr. Arnaldo, 715 – Térreo – Cerqueira César. São Paulo. CEP: 05049-000. Fone: 3061-7779/7742.

9.7 ANEXO 07. CONVERSA COM PROFISSIONAIS – DIARIO E VISITAS A INSTITUICOES ATRELADAS AO ATENDIMENTO DO ADOLESCENTE

Olá, eu estou aqui por causa de uma pesquisa intitulada: “Ações e discursos em saúde mental presentes nos projetos de acompanhamento de adolescentes cumprindo medidas sócio educativas em meio aberto” no Programa de Pós Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. E gostaria de contar com a sua colaboração para responder algumas perguntas relacionadas ao processo de instituição da medida sócio educativa em meio aberto..

Para isso, peço que responda algumas questões.

- 1) Qual o caminho jurídico que se delineia da apreensão do adolescente em cometimento de um ato infracional até a consecução da medida em meio aberto para o adolescente?
- 2) Vou te pedir para falar sobre a audiência e quem está atrelado a ela... Que profissionais e que orientações são dadas ao adolescente nesse caminho...
- 3) Como se dá a comunicação dos profissionais do órgão que executa a medida (CREAS) com o judiciário? Além dos prescritos e formais..
(6 meses prazo máximo para reavaliação do caso/ 3 meses se esse for o tempo da medida).
- 4) Toda a alteração a ser feita no PIA deve ser notificado a justiça? Isso inclui a construção do PIA? E qdo tem demanda em saúde mental (como se delineia)?

9.8 ANEXO 08. CURRICULO LATTES PESQUISADORA

9.9 ANEXO 09. CURRICULO LATTES ORIENTADOR