

Maria Fernanda Salvadori Pereira

**SENSIBILIDADES, RISCO E CUIDADO: TRAJETÓRIAS
E TRATAMENTO DE JOVENS USUÁRIOS EM UM CAPSi**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Doutora em Antropologia.

Orientadora: Dr^a. Sônia Weidner Maluf

Florianópolis
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária
da UFSC.

Pereira, Maria Fernanda Salvadori

**SENSIBILIDADES, RISCO E CUIDADO :
TRAJETÓRIAS E TRATAMENTO DE
JOVENS USUÁRIOS EM UM CAPSi / Maria
Fernanda Salvadori Pereira ; orientadora, Sônia
Weidner Maluf, 2018. 224 p.**

Tese (doutorado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências
Humanas, Programa de Pós-Graduação em
Antropologia Social, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Antropologia Social. 2. risco 3.cuidado. 4.
experiência. 5.CAPS I. Maluf, Sônia Weidner. II.
Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Antropologia

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

**Sensibilidades, risco e cuidado: trajetórias
e tratamento de jovens usuários em um CAPSi**

Maria Fernanda Salvadori Pereira

Orientador(a): Prof.ª Dr.ª Sônia Weidner Maluf

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Antropologia Social, aprovada pela Banca composta pelos(as) seguintes professores(as):


Prof.ª Dr.ª Sônia Weidner Maluf (Presidente - PPGAS/UFSC)


Prof.ª Dr.ª Marcia Reis Longhi (PPGA/UFSC)

Rafael Victorino Devos
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Antropologia Social - PPGAS/CFH/UFSC
Portaria 1617/2018/CFH de 23/07/2018


Prof.ª Dr.ª Andrea Lissett Pérez Fonseca (Universidad de Antioquia/CO)


Prof. Dr. Alberto Groisman (PPGAS/UFSC)


Prof. Dr. Rafael Victorino Devos (Coordenador do PPGAS/UFSC)

Florianópolis, 03 de setembro de 2018.

À memória do jovem Sacha

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar meus agradecimentos:

Primeiramente à orientadora deste trabalho, professora Sônia Maluf, pelas sugestões atentas e inestimáveis, pela paciência e cumplicidade nos momentos difíceis desta jornada.

Ao programa de pós-graduação em Antropologia Social da UFSC, professores e funcionários.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que me concedeu bolsa de estudos de doutorado, bem como auxílio no exterior, através do Programa de Doutorado sanduíche no Exterior (PDSE). Recursos fundamentais à consecução deste estudo.

Aos jovens e profissionais do CAPSi, às profissionais do HI e CREAS, aos jovens e equipe de profissionais do pólo de pedopsiquiatria do Hospital Femme Mère Enfant de Lyon, que participaram desta pesquisa.

Ao professor Alberto Groisman e à professora e colega Mirella Alves de Brito que acompanharam esse trabalho nos momentos críticos de aprovação do projeto e qualificação. Suas contribuições efetivamente ajudaram a moldar esta tese.

Esta tese também deve muito às conversas com o Professor Samuel Lezé da École Normale Supérieure de Lyon, que com sua implacável crítica à autoreferencialidade da Psicanálise, saudavelmente desestabilizou alguns dos meus pressupostos.

Aos colegas do grupo de pesquisa TRÂNSITOS CONTEMPORÂNEOS e em particular à Bianca Oliveira, Tati Barros, Tatiana Dassi e Maria Monteiro, pelas sugestões, amizade e disponibilidade.

Às amigas da França: Fabienne Tannon, Marina Allenborn e Laura Sliva.

Aos professores Marcia Longhi, Andrea Pérez, Alberto Groisman, Viviane Vedana e Mirela Alves de Brito que aceitaram participar da banca de defesa.

Devo agradecer também à minha família, nuclear e extensa em especial aos meus pais Maria Clara e Fernando, por me proporcionarem educação e me ensinarem a amar. Ao meu companheiro Gildo, pela compreensão e valioso apoio nos diversos momentos deste trabalho. E à pequena Anita, que reinventou meu mundo.

Duvido que [a dor] nos deixe melhor,
mas eu sei que ela nos aprofunda.
(Nietzsche, “A Gaia Ciência”)

RESUMO

Inserido no campo das políticas públicas, da antropologia da saúde e da juventude, esse trabalho segue o aumento da demanda por tratamento de jovens com “sintomas depressivos” num CAPSi de Florianópolis. Procurou-se abordar esse problema por três frentes: (i) a partir das políticas públicas de saúde mental infanto-juvenil, sua formação e atual conformação da rede de saúde mental para jovens em Florianópolis (ii) a partir da instituição do CAPSi, conversando com profissionais, participando de uma terapia de grupo para adolescentes e observando seus princípios terapêuticos (iii) a partir da entrevista de sete jovens usuários do CAPSi com objetivo de observar as experiências sociais e itinerários terapêuticos destes jovens que estão na base das políticas públicas. O estudo aponta para a existência de aspectos conjunturais e interpretativos relacionados à configuração e funcionamento da rede de saúde mental, assim como pressupostos sobre o risco e o cuidado que orientam quais os jovens preferencialmente público-alvo dos tratamentos propostos. O alinhamento grupal propiciado pela instituição, por sua vez, favorece nos jovens a emergência de uma identidade ambígua, de alguém “sensível”. Um atributo que tanto favorece como prejudica o princípio terapêutico que lhes é proposto.

Palavras-chave: saúde mental, juventude, políticas públicas.

ABSTRACT

Situated in the field of public policies, anthropology of health and youth studies, this work follows the increasing demand for treatment of young people with "depressive symptoms" in a mental health community service (CAPSi) of Florianópolis (South of Brazil). It was sought to tackle this issue on three fronts: (i) from the youth mental health public policies, its formation and current conformation of the mental health care network for young people in Florianópolis (ii) from an mental health care service for youth (CAPSi), talking with professionals, participating of a group therapy and observing its therapeutic principles (iii) interviewing those who are at the basis of public policies, seven CAPSi young "users", in order to observe their social experiences and therapeutic itineraries. The study suggests the existence of conjunctural and interpretative aspects related to the configuration and functioning of the mental health care network, as well as assumptions about risk and care guiding which are the target public of the proposed treatments. The group alignment provided by the institution, in turn, favors the emergence of an ambiguous identity among the study's youths, of someone "sensitive". An attribute that both favors and undermines the therapeutic principle proposed to them.

Keywords: mental health, youth, public policies.

RÉSUMÉ

Inséré dans le domaine des politiques publiques, de l'anthropologie de la santé et de la jeunesse, ce travail fait suite à l'augmentation de la demande de traitement des jeunes présentant des «symptômes dépressifs» dans un service psychosocial pour les jeunes de Florianópolis (au sud du Brésil). On a envisagé ce problème sur trois fronts: (i) à partir des politiques publiques de santé mentale des jeunes, sa formation et la mise en place actuelle du réseau de santé mentale pour les jeunes de Florianópolis (ii) à partir de l'institution du CAPSi, en parlant avec des professionnels, en participant à une thérapie de groupe et en faisant remarquer ses principes thérapeutiques (iii) à partir de l'interview de sept jeunes « usagers » du CAPSi dans le but d'observer les expériences sociales et les itinéraires thérapeutiques de ces qui sont à la base des politiques publiques. L'étude souligne l'existence des aspects conjoncturels et interprétatifs liés à la configuration et au fonctionnement du réseau de santé mentale, ainsi que des suppositions sur le risque et le soin qui orientent quels sont les jeunes préférentiellement publics cibles des traitements proposés. L'alignement groupal entraînée par l'institution, favorise à son tour chez les jeunes, l'émergence d'une identité ambiguë de quelqu'un "sensible". Un attribut que favorise et mine le principe thérapeutique qui leur est proposé.

Mots-clés: santé mentale, jeunesse, politiques publiques.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	21
SITUANDO A PESQUISADORA.....	23
“Atitude de deriva”: entre um mesmo e novo contra-positivismo... 25	
ETNOGRAFANDO EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE: MAL-ESTAR NA LÓGICA CONTRATUALISTA.....	27
OBJETO A CAMINHO.....	31
PRIMEIRO CAPÍTULO - PARADIGMAS E (DES) CAMINHOS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL PARA JUVENTUDE.....	37
1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA...38	
1.1.1 Primórdios (latentes) da psiquiatria: o risco de degenerescência no “corpo ampliado” das famílias.....	39
1.1.2 Modelos influentes do reformismo internacional.....	42
1.1.3 A Reforma Psiquiátrica Brasileira: história e tendências.....	47
1.2 POLÍTICAS PARA A INFÂNCIA E JUVENTUDE NO BRASIL.....	53
1.3 “SÓ OS BONZINHOS E OS QUE O JUIZ DETERMINA”: O FUNCIONAMENTO DA REDE DE SAÚDE MENTAL PARA JOVENS EM FLORIANÓPOLIS	58
SEGUNDO CAPÍTULO - FREQUENTANDO O CAPSi.....	69
2.1 CHEGANDO AO CAPSi.....	69
2.1.1 Por dentro de um CAPSi.....	71
2.1.2 Avaliando e selecionando novos casos: jovens ameaçados, lógicas familiares estranhas.....	73
2.2 SEGUINDO UMA TERAPIA DE GRUPO PARA ADOLESCENTES.....	77
2.2.1 Descrição de uma sessão.....	78
2.2.2 Princípios terapêuticos (auto-regulação reflexiva).....	82
2.2.3 Atos “disruptivos”, sentidos ocultos.....	88
2.2.4 Praticando a neutralidade (ou, onde andaria Tânia?).....	93
TERCEIRO CAPÍTULO - EVITANDO O DIAGNÓSTICO.....	99
3.1 O CRESCIMENTO DOS “SINTOMAS DEPRESSIVOS” ENTRE OS JOVENS: UMA PERSPECTIVA CRÍTICA.....	100
3.2 UM REMÉDIO PARA A FALTA DE RECURSOS?.....	106
3.3 O DIAGNÓSTICO COMO DISCURSO DO OUTRO.....	109
3.4 A REFLEXIVIDADE NA CRÍTICA À BIOMEDICINA.....	113

QUARTO CAPÍTULO - NARRATIVAS SOBRE EXPERIÊNCIAS DE AFLIÇÃO E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS.....121

4.1 “DESMOTIVADOS”, “ISOLADOS”, “INDIFERENTES”, “PRESSIONADOS”, “DEPRIMIDOS”: SUJEITOS DE UMA DEMANDA EM CRESCIMENTO.....	122
4.2 ROMEU: “EU NÃO ERA COMPATÍVEL COM NINGUÉM”	125
4.3 RAFAEL: RAFAEL: ALOPÉCIA, SOLIDÃO E POUCA PACIÊNCIA.....	129
4.4 VIVIAN: “NINGUÉM ME AMA, NINGUÉM ME RESPEITA, DIZEM QUE EU SOU UMA DOENTE”.....	132
4.5 SUÉLEN: “UMA LIMITAÇÃO COM A MENTE”.....	138
4.6 CHARLES: “MINHA FAMÍLIA, QUE ME INCOMODA, ME DEIXAM COM RAIVA”.....	141
4.7 IRIS: “EU SEMPRE FUI UMA PESSOA BASTANTE REVOLTADA”.....	144
4.8 MATEUS: “A ÚNICA COISA QUE EU NÃO GOSTO É DE SAIR DE CASA”.....	148
4.9 “SENSÍVEIS”: DESEJO DE RECONHECIMENTO.....	150

QUINTO CAPÍTULO - O FUNCIONAMENTO DE UMA ALA PSIQUIÁTRICA INFANTO JUVENIL EM LYON (FRANÇA)..155

5.1 DESCRIÇÃO DE UM PROCESSO DE INTERNAÇÃO (ESTADIA DE RUPTURA.....	158
5.2 A VIDA NO HOSPITAL (NEM PRISÃO, NEM COLÔNIA DE FÉRIAS).....	164
5. PRINCÍPIOS TERAPÊUTICOS.....	167
5.3.1 Tempo um: Contenção.....	168
5.3.2 Tempo dois: Individualização.....	172
5.4 TEMPORALIDADE E DESENVOLVIMENTO DO <i>SELF</i>	175

SEXTO CAPÍTULO -TRANSVERSALIDADES DO RISCO E CUIDADO.....179

6.1 TIPOS DE RISCO, TIPOS DE CONVENÇÕES.....	179
6.2 “AMPLIFICAÇÃO” DO RISCO.....	184
6.3 A CENTRALIDADE DO RISCO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA.....	186
6.4 “ADOLESCÊNCIA” E COMPORTAMENTOS DE RISCO.....	191
6.4.1 “Adolescência” e vulnerabilidade.....	191
6.4.2 Rituais cortantes.....	198
6.5 CUIDADO (PARA QUEM?).....	203
6.6 INVESTIGANDO UMA <i>PRÁXIS</i>	204

6.7 CUIDADO E AUTONOMIA.....	206
6.8 REFLEXÕES SOBRE O GRUPO COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO PARA JOVENS.....	211
CONSIDERAÇÕES FINAIS ACERCA DE UM JOVEM TÍPICO.....	217
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	225
ANEXO A -Roteiro de entrevistas.....	253
ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	255
ANEXO C - Termo de assentimento.....	257

INTRODUÇÃO

Este trabalho versa sobre as políticas públicas e experiências sociais de jovens com “sintomas depressivos” atendidos na rede pública de saúde mental. O foco é um grupo de terapia do CAPSi de Florianópolis, com incursões comparativas na ala dos adolescentes do Hospital Infantil (HI) e num setor pedopsiquiátrico de um hospital geral na França. Este último ocorreu por ocasião de minha participação no Programa de Doutorado Sanduíche da CAPES. Além desses lugares conversou-se pontualmente com profissionais do Posto de Saúde da Prainha, do Instituto de Psiquiatria Catarinense (IPQ) e do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), com o propósito de investigar percepções complementares à rede de saúde mental infantojuvenil do município.

O objetivo do estudo foi analisar as concepções e práticas desenvolvidas em torno da saúde mental da população juvenil tanto em termos de políticas públicas locais, como em relação às experiências e trajetórias daqueles que são alvo das mesmas. Os sujeitos da pesquisa foram principalmente sete jovens de 13-18 anos usuários do CAPSi; os profissionais de saúde e as legislações incumbidas de ordenar essa demanda. O estudo de campo ocorreu de maneira intermitente, entre maio de 2015 e julho de 2017, onde foram entrevistados sete jovens e onze profissionais relacionados às instituições de saúde mental de Florianópolis.

Em termos de recorte teórico geral, este estudo faz parte de um programa mais amplo de pesquisas de políticas públicas em saúde mental, que vêm sendo desenvolvidas desde 2006 pelo grupo de pesquisa TRANSES, no Departamento de Antropologia da UFSC. De modo específico, este trabalho se situa na Antropologia em eixos temáticos distintos: Antropologia da Juventude; Antropologia da Saúde (Mental) e Antropologia das Políticas públicas.

Iniciou-se esse trabalho sondando um “pânico moral” (COHEN, 1987) acerca do crescimento dos transtornos mentais em crianças e adolescentes (OMS, 2001, 2003, 2005, 2016). Em dois anos (2003, 2005) a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou relatórios específicos sobre o tema, alertando para a alta incidência dos transtornos mentais na infância e adolescência e recomendando uma atenção prioritária sobre o tema. A advertência da OMS (2001) é que 20% da população mundial de crianças e adolescentes seriam portadoras de algum transtorno mental, um problema que teria sido historicamente

preterido se comparado à atenção aos problemas de saúde mental na população adulta.

Entre a população jovem brasileira, um estudo epidemiológico de Lopes *et al.* (2016) procurou levantar a magnitude dos transtornos mentais entre 74.589 jovens de 12 à 17 anos, estudantes de escolas públicas e privadas, das cinco macrorregiões do país. A constatação foi a de que um terço deles sofrem de “transtornos mentais comuns” (transtornos não psicóticos) (LOPES *et al.*, 2016). No contexto nacional há ainda a notificação do crescimento de 20% na taxa de suicídio no grupo etário entre 15 e 24 anos, entre os anos de 1998-2008. Um índice que na região metropolitana de Florianópolis passa para um aumento 32%, no mesmo período (WAISELFISZ, 2011).

Se a perspectiva epidemiológica tem a capacidade de mapear situações de risco entre a juventude brasileira, seu aspecto genérico não permite observar o modo que são avaliadas e os determinantes situacionais as impulsionam. Por isso, Souza, Minayo & Malaquias (2002) relatam que sobre o risco de suicídio juvenil há vários motivos para se duvidar das estatísticas apresentadas: é um assunto tabu que leva a subnotificação, havendo também dificuldade de distinguir um suicídio quando concorrem outros eventos violentos, ou circunstâncias acidentais.

Questionando a ascensão das taxas de transtornos mentais em crianças e adolescentes, Merten *et al.* (2017) sugerem que o aumento reflete na verdade uma intensificação diagnóstica em saúde mental. Parte de um fenômeno de psiquiatrização da experiência, onde se negligencia causas diferenciais para um mesmo comportamento, assim como consequência de tendências diagnósticas atreladas a determinados grupos populacionais (MERTEN *et al.*, 2017). Dois fenômenos que estão presentes na etnografia de Moura (2013) sobre o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em escolares. Neste, o mau desempenho escolar - que isoladamente não conta como critério diagnóstico objetivo - era determinante para que professores suspeitassem desse transtorno e eventualmente sinalizassem a pais e profissionais de saúde. Sobre a mesma disposição diagnóstica, a etnografia de Filipe (2016) revela que em Portugal os “sintomas” do TDAH são muito mais englobantes do que os expressos no DSM. Abrange problemas de auto-estima, déficits neurocognitivos e dificuldades relacionais diversas.

Seguindo o ressoar dos alertas sobre o mal estar infantojuvenil e com desejo de trazer uma contribuição crítica sobre o assunto iniciou-se uma etnografia no CAPSi de Florianópolis. A intenção inicial era

pesquisar sobre crianças, mas ao chegar ao local soube-se que vinha aumentando no serviço uma demanda por atendimento de adolescentes com “sintomas depressivos”. Perseguindo essa orientação do campo, as questões que se colocaram a seguir, foram: como os profissionais avaliavam esses “sintomas”? A quais comportamentos esses “sintomas” se vinculavam? Que tipos de adolescentes eles eram associados? Quais as práticas eram lançadas mão para tratá-los? Ou ainda, e de modo muito trivial, como se reconhecia se um comportamento de um jovem pertencia à esfera da “saúde mental” ou se, contrariamente, era associado como apropriado ao seu desenvolvimento? São questões que inicialmente guiam esse estudo.

SITUANDO A PESQUISADORA

O tema da “saúde mental” integra interesses pessoais e experiências progressas que para o bem e para o mal tem impacto nesta pesquisa. Sou formada em psicologia e o primeiro envolvimento com o campo estudado começou há aproximadamente dez anos quando ingressei em um projeto de estágio por seis meses no Centro de Atenção Psicossocial para adultos (CAPS II – Ponta do Coral, Florianópolis). Durante esse período fui incentivada a conhecer e participar do maior número de atividades que me fosse possível, orientada por profissionais entusiastas do que há pouco se tornara uma nova via de tratamento do “sofrimento mental grave”. Nesse espírito acompanhei semanalmente atividades de arte-terapia (oficina de teatro e mosaico) assim como participei de assembléias, reuniões, e “grupo de acolhimento”. Durante o período também ministrei uma oficina de fotografia, orientada pelo psicólogo Felipe Brognoli e pelo professor Kleber Prado¹.

No período de estágio no CAPS II pude conhecer alguns dos dilemas da Reforma Psiquiátrica, como as dificuldades de superar o “modelo custodialístico” (ROTELLI, 2001), que por anos conformou as relações dos agora “usuários” com as antigas instituições asilares. Objetivamente, isso implicava em um aparente desinteresse dos usuários na participação nas oficinas e no engajamento em outras atividades e relações - para além daquelas estabelecidas no CAPSII. A dificuldade de “romper o cordão umbilical com o CAPSII”, como resumiu um usuário,

¹ PEREIRA, M. F. S. Troca de Olhares: Oficina de Fotografia do CAPS II.. In: Segundo Encontro Universitário de Saúde da Família/ UFSC, Florianópolis, 2006. Anais do 2º ENUSF.

era a dificuldade de transcender um tipo de isolamento e dependência que resistia à reorganização dos serviços após a Reforma Psiquiátrica.

Após o fim do estágio, retornei ao CAPS como visitante algumas vezes e alguns anos mais tarde, como mestranda em antropologia. Na época, o professor Alberto Groisman ministrava a disciplina de métodos e nos encorajou a tecer um documento de inspiração etnográfica, mais tarde publicado em Groisman *et al.*(2012). Neste artigo discuto as muitas fronteiras da cidadania, no caso específico dos usuários do CAPSi que haviam cometido crime pregresso.

Outro envolvimento prévio com o tema da Saúde Mental foi representar o núcleo de pesquisa TRANSES (PPGAS/UFSC) durante o primeiro semestre de 2015, no grupo de trabalho dedicado à “desinstitucionalização da saúde mental” em Santa Catarina. O grupo de trabalho existe desde 2006 e visa uma articulação entre pesquisadores, usuários, militantes, profissionais da saúde mental e gestores públicos. Uma das principais mobilizações do grupo nesse período foi contra a aprovação de um projeto de lei que previa a internação involuntária de dependentes químicos em Florianópolis.

O estágio prévio num CAPS, a formação em psicologia, tudo isso influenciou na escolha temática da “saúde mental”, suas práticas, significados e dilemas para a pesquisa de doutorado. A possibilidade de pesquisar um tema com o qual já tivesse alguma familiaridade através de uma experiência que possibilitasse “paisagens diferentes”, como no aforismo utilizado por Latour (2008: 237), traduz o intento deste empreendimento.

Ao mesmo tempo que minha formação e experiência prévias ajudaram a eleger uma temática de interesse, a guinada para a antropologia pressupôs a construção de um estranhamento com a perspectiva anterior. Pois mesmo não havendo nenhum impedimento de transitar num terreno temático comum entre Antropologia e Psicologia, há sempre o risco desse terreno ser tão estreito, que ao final, não se sai do lugar. Então precisava iniciar construindo, isso mesmo, deliberadamente, esse afastamento de modo a “transformar o familiar em exótico”, para só depois “transformar o exótico no familiar” (conforme a célebre fórmula de Da Matta, 1978). De modo prático e bastante trivial isso inicialmente guiou o modo como me apresentei em campo – como pesquisadora/ antropóloga. Procurei não mencionar a formação em Psicologia para evitar que as declarações das profissionais fossem mais próximas dos dilemas cotidianos do que codificadas pela teoria. Embora a menção teórica fosse corrente, a situação de leiga permitia indagar com mais naturalidade o que se passava nos arredores

dos conceitos e dava mais abertura, imaginei, para explorar as condições em que eram usados: em quais práticas, para quais sujeitos, para quais efeitos e sob quais constrangimentos.

Uma segunda forma de estranhamento foi obviamente a teoria antropológica. Esta permite que conceitos psicológicos e do senso comum (como “saúde mental”, “família”, “pessoa”, etc) pudessem ser desnaturalizados. Este olhar informado sobre as práticas e conceitos, me parece ser fundamento do fazer antropológico no modo como o compreendo. Concepção que implica uma aproximação entre antropologia e etnografia, que não é pacífica entre os autores².

Minha percepção é que a vinculação teórica com o campo etnográfico não permite que a etnografia seja abordada como um mero conjunto de técnicas descritivas. Trata-se antes, de uma “teoria vivida”, como situa Peirano (2008):

[...] a (boa) etnografia de inspiração antropológica não é apenas uma metodologia e/ou uma prática de pesquisa, mas a própria teoria vivida. Uma referência teórica não apenas informa a pesquisa, mas é o par inseparável da etnografia.
(PEIRANO, 2008:3)

A relação do campo com a teoria refere-se tanto à utilização das teorias para pensar o campo como da utilização do campo para subverter e reformular as teorias. De forma mais humilde, com relação a esta pesquisa, penso que esta perspectiva dialógica e reflexiva entre teoria e campo foi determinante na escolha dos sujeitos (adolescentes), bem como se fez presente na reflexão sobre pressupostos relativos às dificuldades e impedimentos que sobrevieram à pesquisa.

“Atitude de deriva”: entre um mesmo e novo contra positivismo.

Não circunscrito pelo estranhamento teórico, há também um tipo de estranhamento que é relativo à atitude. E sobre isso penso que exista um terreno comum entre Antropologia e Psicologia, ou mais especificamente a Psicanálise. Ou seja, a abertura ao estranhamento

² A esse respeito lê-se em Ingold (2011), por exemplo, uma defesa da manutenção da distinção estipulada por Radcliffe-Brown entre pesquisa nomotética (generalizações e conceitos) e idiográfica (descrição de fatos).

transcende uma eventual diferenciação de tradições institucionais: Psicologia e Antropologia - acaso fosse possível estabelecer uma unidade e um limite inequívoco entre elas³. Sobre isso, não se pretende introduzir ao debate cruzamentos teóricos já operados, como o exemplo da escola americana da cultura e personalidade; muito menos qualquer redução à exegese psicanalítica. Trata-se aqui de um modo de atenção comum, parte do que Foucault já havia identificado na forma em que ambas as disciplinas abordam o homem⁴. Mas especificamente à disposição de abertura, que tensiona a intersubjetividade durante a pesquisa de campo. Este é um modo de estranhamento deliberado, que evoca a alteridade e que não é totalmente estranho à Psicologia (sobretudo à Psicanálise). E é sobre a natureza dessa disposição metodológica, que gostaria de tratar brevemente:

O que há de específico do conhecer antropológico, que Ingold (2011) defende que seja um traço distintivo da disciplina: “não é um estudo sobre coisa alguma, mas um estudo com. Antropólogos estudam com pessoas.” (INGOLD, 2011:238)⁵. Um modo de estudo que se estabelece em “circuitos de mediação” (MARCUS, 2011: 26) e cujo instrumento mais importante é a “subjetividade do pesquisador” (DESCOLA, 2005: 67). Estudar com pessoas implica engajar-se num processo reflexivo em que os conceitos, a identidade e sobretudo a percepção do pesquisador possa ser *deslocada*. Essa operação subjetiva é desejável pois no modo particular com que a antropologia se relaciona com o saber (é o outro quem sabe). Sendo assim, é desejável que durante o trabalho opere uma atitude subjetiva de *abertura ao insólito*, que não é estranha à “atenção flutuante” do psicanalista: Uma atenção despreziosa, que não se deixa prender às expectativas e dá igual importância a tudo que é dito e visto⁶.

³ Toren (2012) já situaram essa dificuldade: “[...] no final do século XIX e início de século XX, o desenvolvimento institucional das ciências humanas segmentou entre diferentes disciplinas os diversos aspectos do que deve ser considerado o humano. Em face dos domínios epistemológicos separados da antropologia, psicologia, sociologia, linguística, filosofia e biologia, os cientistas da última metade do século XX viram-se na necessidade de trabalhar arduamente para de novo reunir essas peças - corpo e mente, por exemplo.” (TOREN, 2012: 21).

⁴ ... Que é a partir de fora, ”de seus limites exteriores”. Situando-as como “contra-ciências” (FOUCAULT, 1999: 524).

⁵ “[...] *not a study at all, but a study with. Anthropologists study with people.*” (INGOLD, 2011: 238).

⁶ Freud (1969 [1912]) recomenda aos analistas da seguinte forma: “Não devemos atribuir uma importância particular a nada daquilo que escutamos,

O imaginário de aventura que cerca a disciplina antropológica, normalmente remete à pesquisa em locais pitorescos. Pouco se atenta para a aventura metodológica de lançar-se em campo sem um objeto de pesquisa ou roteiro de pesquisa preciso. Pois o antropólogo chega com um tema (algo mais fluído que um objeto), algumas perguntas a serem subvertidas e alguma expectativa de ser surpreendido. Essa falta de um mapa preciso para navegar, utilizando a metáfora trazida por Laplantine (2004, [1843]), suscita uma “atitude de deriva”⁷:

[O trabalho etnográfico ...] supõe um olhar que não deve ser nem desenvolto, nem tenso. Donde a necessidade de voltar a dar lugar também a uma atitude de deriva (evidentemente provisória) de disponibilidade (...) a se deixar abordar pelo inesperado e pelo imprevisto. (LAPLANTINE, 2004, [1843]: 18)

Dessa perspectiva a etnografia pressupõe uma atitude e um modo de conhecer que é radicalmente diferente da ciência positivista porque não supõe um acesso imediato, mas um acesso *mediado* pela subjetividade. Uma implicação disso é que a antropologia visa a compreensão e não o entendimento, que na diferença etimológica pressupõe uma relação sem contato, por similitude. Consiste em assumir intencionalmente um lugar de distanciamento necessário e vulnerável. Uma atitude etnográfica que se identifica como: “abertura para a desestabilização” (GOLDMAN, 2008); “aceitar ser afetado”(FAVRETT-SAADA, 1990); “exploração do inesperado” (PEIRANO, 2014: 385).

ETNOGRAFANDO EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE: MAL-ESTAR NA LÓGICA CONTRATUALISTA

Com esse pequeno parêntese, de volta às diferenças. Adentrar ao domínio reflexivo no trabalho de campo é em parte uma disposição de abertura, mas não se encerra aí. Então seguindo um estranhamento teórico e um estranhamento relativo à atitude, antes comentados, há um estranhamento que é da ordem da surpresa. Este é o afastamento sentido como imposto pelo outro, àquele que destitui a intenção e que nos força a uma significação mais cuidadosa. Às vezes vem na forma de obstáculos, descompasso, perguntas e atribuições incômodas...

sendo conveniente que prestemos a tudo a mesma atenção flutuante” (FREUD, 1969 [1912]:125).

⁷LAPLANTINE (1843 [2004], p.18).

Na reunião com a gestora de saúde mental do município, durante o período em que submetia meu projeto ao Comitê de Ética municipal, ela me olha firmemente e me faz duas perguntas: “Eu não entendi direito qual a hipótese do teu projeto?”; e a segunda, talvez um pouco mais direta: “Seria interessante que as pesquisas desenvolvidas no CAPSi fossem úteis ao serviço, nós estamos tendendo a pensar mais nesse sentido, pois acaba tendo muitas pesquisas e pouco retorno.” As questões eram compreensíveis, minha vontade de ter o projeto finalmente aprovado, também. Sobre isso vale uma contextualização: a aprovação no comitê de ética em saúde da prefeitura de Florianópolis era uma exigência superveniente para pesquisas em instituições de saúde municipais. Até aquele momento já se tinha enfrentado uma longa espera em relação à resposta do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da universidade, cuja demora habitual foi aumentada pela greve na universidade e com dois pedidos de complementação. Um pedido de explicação sobre o número da amostra, que parecia muito elevada para uma pesquisa qualitativa; e uma exigência que se estipulasse os “riscos da pesquisa”.

Defendendo as especificidades da pesquisas sociais com seres humanos Diniz (2010) observa na especificação dos “riscos” na resolução CNS 196/1996 (BRASIL, 1996), que fundamenta o sistema CEP/CONEP uma dupla influência: De um lado o utilitarismo que estabelece um balanço entre “riscos e benefícios”; de outro o humanismo liberal que visa a proteção da autonomia e autodeterminação (DINIZ,2010:184). Com relação ao primeiro ponto traz à baila a ideia de “interesse público, cujo alvo seria a promoção da saúde.” (DINIZ, 2010: 183). Em relação ao segundo ponto, parte de um modelo biomédico que pressupõe que as pessoas pesquisadas são doentes e, por conseguinte em situação de vulnerabilidade (DINIZ, 2010). Essas duas características estão compreendidas no que Macedo (2017) resume como lógica contratualista e legalista do sistema CEP/CONEP. Que embora seja uma padronização eficiente para as questões morais, nunca dará realmente conta de questões que são propriamente éticas.

Saindo um pouco do terreno dos comitês de ética, pode-se pensar que a demanda de utilidade da pesquisa – em última instância, sobre sua eventual aplicabilidade – é sensível na história da Antropologia. Mais comumente alude a um legado de má consciência, dos momentos em que a Antropologia contribuiu para a subjugação dos povos os quais estudava. Nessa vertente, primeiro remete à antropologia do período colonial na África, onde o ofício tinha um propósito alinhado à administração imperialista. Posteriormente, a antropologia aplicada se

configura numa associação com os projetos paternalistas e assimilacionistas que visavam à intervenção e gestão de minorias pelos Estados-Nação (ALBERT, 1995). Essa tendência pode ser encontrada no trabalho fundador de Nina Rodrigues, com um viés biopolítico nefasto o qual costuma ser apreendido como “uma aberração inicial da disciplina” (SÁEZ, 2013) Atualmente, a retomada da antropologia aplicada tem se restaurado eticamente pela via da “Antropologia implicada”, onde o investimento intelectual e social podem andar novamente juntos⁸. No que tange a este estudo, embora esteja situado numa arena política importante, que é a reforma psiquiátrica e seus (des)caminhos, não me coloco numa postura previamente crítica. Procuo observar reflexivamente como em campo sou entendida ora como uma aliada natural de determinados discursos, ora como uma porta-voz de possíveis denúncias.

A digressão anterior sobre a antropologia aplicada pode fazer com que alguns me acusem de estar misturando os assuntos: você falava sobre a falta de interesse dos gestores e o que mais tarde ocorre também com os profissionais do CAPSi; não sobre os dilemas éticos internos da antropologia. No entanto, falo de um processo de desestabilização e má consciência análogo, quando fui vista uma possível ameaça ante a sujeitos tidos como duplamente vulneráveis (por serem sujeitos em desenvolvimento e com um histórico de “sofrimento mental”). E como alguém cuja presença poderia por em risco o tratamento dos adolescentes, o bom andamento do serviço e gerar uma ameaça de responsabilização dos pais dos usuários.

O que faz um antropólogo não é algo evidente. E isso normalmente incide na necessidade de uma apresentação complementar que justifique o seu incompreensível interesse pelo banal e por extratos imprecisos da experiência humana. Apesar dos diferentes contextos em campo e pela habilidade variável de cada pesquisador penetrar em sua engrenagem sem maiores constrangimentos, uma dose de tumulto me parece ser a regra do ofício. Pois se seu objeto é obscuro, é justamente por uma relação íntima que mantém com seu igualmente obscuro método de acesso (SAEZ, 2013). “Trata-se de um saber construído não apenas por uma rede de conceitos e definições previamente definidos, como também por contatos interativos desenvolvidos pelo pesquisador

⁸Conforme Albert a define : (...) uma pesquisa de antropologia fundamental socialmente e intelectualmente investida na situação histórica das sociedades que ela estuda e com o objetivo de mobilizar suas competências em favor das suas conquistas e autodeterminação” (ALBERT, 1995: 118)

no trabalho de campo” (ALVES & SOUZA, 1999: 131). Por isso, estar como antropólogo é se submeter a uma dose de confusão e quando não, ser percebido como uma ameaça ou um verdadeiro estorvo.

Talvez prevendo isso autores como Wacquant (2002) tenham proposto métodos alternativos que priorizam a participação sob a observação e um engajamento ativo na construção do ambiente de pesquisa. Mas em contextos institucionais isso nem sempre é possível. Logo essa discussão indica uma necessidade da antropologia repensar estratégias de pesquisa em instituições e com agentes públicos. Pois enquanto antropólogos, ficamos como um pesquisador que veio à revelia e cujo interesse mal delineado pode suscitar semelhança com fiscais ou auditores do serviço.

O encontro com o inesperado, os mal-entendidos, sejam percebidos como agradáveis ou não, sejam eles imediatos ou não, têm um valor epistemológico na prática antropológica. A surpresa aponta para a condição de distância de que se falou anteriormente. É o indício de uma alteridade, de uma descontinuidade entre eu-outro, que deverá ser superado através do movimento de transformar o exótico em familiar. Mas esse movimento sempre será uma construção do antropólogo. Por mais subentendido que esteja é preciso frisar para evitar mal-entendidos, que o conteúdo deste trabalho é indissociável de uma elaboração pessoal e de um processo de tradução independente.

Mas o quê, afinal, as pesquisas antropológicas podem oferecer às instituições? Sobre isso é preciso situar que essa pesquisa se desenvolve sob o eixo das relações entre as políticas públicas estatais, práticas institucionais e as experiências dos sujeitos usuários dos aparelhos do Estado. A pertinência de um estudo antropológico nesse âmbito seria primeiramente em favor de trazer à tona a experiência e significados das pessoas que costumam ser alvos das políticas. Pois os antropólogos geralmente são testemunhas privilegiadas dos eventos das comunidades e pessoas, que geralmente não são escutadas no afã universalizante das políticas públicas (MINAYO, 1991) (OLIVEIRA, 2009). Trazer à tona a experiência desses sujeitos usuários seria uma forma de avaliar qualitativamente as políticas públicas, que os tem por objeto (MALUF & ANDRADE, 2017).

A antropologia do Estado e das políticas públicas é uma área que tem se desenvolvido no seio de sociedades complexas onde políticas públicas funcionam como uma espécie de mito, já que fazem referência a um modelo abstrato a ser seguido (WEDEL *et al*, 2005). Neste contexto a proposta antropológica é a de olhar o Estado “desde baixo”; através das experiências dos usuários do Estado, mas também através

das práticas institucionais locais (ABÈLÈS& JEUDY: 1997:15). Desse modo a pesquisa antropológica que reflete o Estado e as políticas públicas vai na contramão do modo como se pensa o Estado no senso comum: como uma entidade integrada e autônoma, situada num âmbito de segredo; de *backstage* (ABRAMS, 1988). Essa característica de reificação também pode ser observada em setores de estudos mais tradicionais no campo da política, como a sociologia da política e o marxismo.

O argumento da antropologia é mostrar que o Estado não existe enquanto “coisa”, mesmo que funcione bem enquanto ideologia – já que atribui o poder a um centro aparente (ABRAMS, 1988). Logo, uma segunda aplicação da antropologia nas instituições advém do modo como estuda o Estado - enquanto forma legal, nos textos das políticas públicas e enquanto processo, etnografando as práticas dos agentes públicos. Pois como colocam Maluf & Andrade (2017) os agentes do Estado não são meros executores das políticas. “[Eles] são também aqueles que, em suas práticas cotidianas, reinventam a política.” (MALUF & ANDRADE, 2017: 175).

A análise simbólica, base do exercício antropológico, no nível das políticas é passível de revelar as maneiras em que estas são organizadas e postas em prática. Além desses princípios organizativos, revelam fronteiras simbólicas e códigos culturais estruturantes que dificilmente são conscientemente identificáveis (WEDEL *et al*2005). Além disso, a abordagem processual do estado desloca o poder do seu centro abstrato, para pensá-lo num modo Foucaultiano, subjacente ao processo de escolha das pessoas e refletindo racionalidades de governo ou governamentalidades. Esta “arte de governar” como visto em Foucault ([1979] 2014) faz parte de movimento iniciado no século XVI que consiste numa série de táticas e prescrições na administração e economia de esferas que vão desde a própria subjetividade, a família, até o nível mais geral da população e dos territórios. Essas esferas individualizadoras e totalizantes que constituem o poder Estatal frequentemente estão ocultas numa linguagem pretensamente neutra dos textos legais e documentos das políticas (WEDEL, *et al*, 2005).

OBJETO A CAMINHO

Essa tese poderia ter muitos caminhos. Transcorrer um em particular, foi fazê-la existir. E esse percurso foi por sua vez, guiado por *associações pré-planejadas*, que se desenvolvem em diferentes “planos

etnográficos” (MALUF e ANDRADE, 2017). Mas também por problemas *oportunamente seguidos*, na circunstância de uma etnografia “multi-situada” (MARCUS, 1995 e 2011). Conforme descreverei a seguir.

Iniciou-se essa etnografia no CAPSi, conversando com profissionais e negociando os moldes de uma possível observação no serviço, que atrapalhasse o mínimo possível a lógica de seu funcionamento. Enquanto procurava entender que lógica era essa, e quais os argumentos que dificultavam a pesquisa, também escutava sobre o aumento nos últimos anos de uma demanda por tratamento de jovens com “sintomas depressivos”. Estes jovens eram descritos pelas profissionais como “desmotivados”, “isolados”, “indiferentes”, “pressionados”, “deprimidos”; e entre elas, informal e simplesmente como “o tipinho”, em alusão a um complexo queixoso previamente reconhecido no serviço.

O projeto consistiu em abordar o tratamento em saúde mental para jovens do CAPSi de Florianópolis, através de uma cartografia complexa, que se desenvolve em diferentes “planos etnográficos” (MALUF e ANDRADE, 2017). Esses planos são (i) os documentos das políticas de saúde mental para jovens; (ii) as práticas terapêuticas que se desenvolvem no CAPSi, com incursões multisituadas em instituições que integram a rede de saúde mental juvenil do município; (iii) entrevistando jovens usuários, procurando entender como estes indivíduos “vivenciam, explicitam e procuram ajuda para os problemas concretos da enfermidade” (ALVES, 1994: 99).

O primeiro momento da pesquisa foi entre maio e agosto de 2015, quando observamos no CAPSi, sessões do grupo de terapia para jovens de 13-18 anos. Esse grupo integrava o “projeto terapêutico” normalmente prescrito para “adolescentes” de modo geral, mas também para os com queixas de “sintomas depressivos”. O “projeto terapêutico” normalmente também incluía outras atividades como sessões de psicoterapia individual, consultas psiquiátricas e oficinas terapêuticas. Além das sessões do grupo de terapia, participei de algumas sessões da oficina de pintura e procurei observar o cotidiano do serviço. Principalmente na sala de espera e ocasionalmente na área comum de alimentação.

Durante os meses iniciais da pesquisa fiz entrevistas não diretivas, com as profissionais e depois com sete, dos onze jovens previamente identificados por elas com “sintomas depressivos”. As entrevistas não diretivas são uma técnica onde o entrevistado é quem detém a atitude de exploração. Esta se dá basicamente a partir de uma

pergunta aberta ou instrução inicial, onde o entrevistado é encorajado a falar livremente até que o assunto se esgote, o que tende a facilitar a produção de significados e a manifestação dos afetos (THIOLLENT, 1981:85). A entrevista foi amparada por um roteiro (Anexo A) com o propósito de “(...)orientar a conversa com finalidade (...)” (MINAYO, 2000: 99). As questões do roteiro visaram dar andamento à conversa e contribuir para vir à tona o entendimento dos jovens quanto ao próprio “sofrimento” e “itinerários terapêuticos” (ALVES, 2015).

Um segundo momento dessa pesquisa, deu-se na ocasião de uma experiência de doutorado sanduíche no exterior (PDSE - CAPES). Esta ocorreu em Lyon, na França, onde se teve oportunidade de fazer um estágio na ala de psiquiatria infantojuvenil de um hospital geral, destinado a internações breves (em torno de uma semana). Durante a estadia na França, a ideia inicial era pesquisar em um “hospital-dia”⁹, que funciona em molde aberto (sem internação), mais próximo ao que ocorre no CAPSi. Entretanto, levando em conta a curta temporada do estágio e as requisições burocráticas necessárias às pesquisas institucionais, o hospital foi uma opção conjunturalmente favorável. Sobre isso contou o fato de ser um hospital-escola que possuía uma relação prévia com a École Normale Supérieure de Lyon, instituição destino do PDSE, além de contatos anteriores com pesquisadores antropólogos.

A pesquisa no hospital Francês ocorreu entre janeiro e março de 2016 e deu-se com o objetivo de comparar princípios, concepções e contingências que orientavam as práticas em saúde mental com jovens. O público-alvo eram jovens entre 10-16 anos, com suspeita de transtorno mentais de diferentes complexidades, mas não primariamente relacionados à adicção em drogas ilícitas. Nesse sentido, era um público próximo ao que freqüentava o CAPSi. No entanto, os pressupostos sobre os jovens, que orientavam as práticas terapêuticas, eram consideravelmente diferentes. Por isso, tem-se que os resultados da etnografia no hospital de Lyon foram importantes para lançar luz sobre *concepções diferenciais relacionadas ao risco e ao cuidado* nas práticas de saúde mental com jovens. Um desdobramento disso foi observar como as ações de cuidado e destinadas minimizar o risco tencionam valores institucionais normativos em relação à subjetividade. De forma sintética, lançou a desconfiança de que um tipo de jovem que é considerado um risco para outros (não só um risco para si), tem poucas

⁹ *Hôpital du Jour*.

chances de integrar a rede de saúde mental do município de Florianópolis.

Observando que o jovem típico do hospital francês era consideravelmente diferente dos descritos como típicos do CAPSi, ficou-se com a seguinte questão: onde estariam estes outros jovens? Integram algum canto da rede de saúde mental para jovens de Florianópolis? Essas perguntas orientaram o último trecho da pesquisa.

Ao voltar à Florianópolis, retornou-se ao CAPSi, para acompanhar as reuniões das profissionais e esclarecer dúvidas pontuais. Assim, fizeram-se incursões no HI e no IPQ, buscando compreender o contexto de atenção à crise (“surto”). Procurei também conversar com profissionais do IPQ e do CREAS - que trabalham com jovens em regime de liberdade assistida, para compreender como se identifica e em que moldes ocorre o atendimento em saúde mental nesse contexto. Isso tudo porque o estágio em Lyon, onde muitos dos pacientes eram trazidos pela polícia, trouxe à lembrança a “aliança complexa e contraditória, complementar entre a Psiquiatria e Direito (...)” (DESVIAT, 1994/2015: 22). Algo pouco visível na paisagem do CAPSi, afora uma reiterada menção ao risco de vitimização dos jovens.

Esse panorama plural de sujeitos, instituições e países, ampara-se metodologicamente no conceito de “etnografia multisituada”¹⁰ - mais especificamente, no subtipo que Marcus (1995) define como “etnografia estrategicamente (localmente) situada” (MARCUS, 1995: 110)¹¹. Trata-se de uma pesquisa que acontece num local determinado (o CAPSi) mas que é ajustada com perguntas oportunamente seguidas do que ocorre em outros locais. Estes não compõem necessariamente o terreno da pesquisa, mas integram um fenômeno cultural complexo, como o atendimento em saúde mental para jovens. Pois são questões exteriores ao terreno principal de pesquisa, que conduzem à reflexão *sobre os aspectos conjunturais e interpretativos relacionados à*

¹⁰Cf. a definição de Marcus (1995): “(...) práticas de construção dadas através de movimentos (pré-planejados e oportunistas) e de rastreamento em diferentes configurações de um fenômeno cultural complexo, dada uma identidade inicial conceitual de base, que se torna contingente e maleável em seu curso.” (...) *practices of construction through (preplanned or opportunistic) movement and of tracing within different settings of a complex cultural phenomenon given an initial, baseline conceptual identity that turns out to be contingent and malleable as one traces it.*” (MARCUS, 1995: 106).

¹¹ *Strategically Situated (Single-Site) Ethnography.*

configuração de uma demanda “típica” de tratamento para jovens, no CAPSi de Florianópolis.

Inicia-se este trabalho trazendo o plano das políticas públicas em saúde mental para jovens. Ele se estrutura na integração de dois alicerces: o modelos psicossocial de atendimento em rede e comunitário, resultante das reivindicações históricas da Reforma Psiquiátrica (RP) e o paradigma da proteção integral nas políticas para infância e juventude. Ambos assinalam um conjunto de diretrizes recentes. Integram um movimento intimamente ligado à atmosfera de emancipação política que culminou na reestruturação democrática do país, assim como uma tendência internacional de ampliação e interseção entre as noções de direitos de cidadania e dos direitos humanos (NOVAES, 2007).

O segundo capítulo é sobre as práticas terapêuticas no CAPSi. Ele descreve a etnografia no serviço e em especial num grupo de terapia que se frequentou por três meses. O objetivo do capítulo foi observar quais os princípios, dilemas e sentidos associados às práticas terapêuticas lá desenvolvidas. Especificamente, notam-se como as práticas desenvolvem-se a partir da noção de um espaço emocional, estimulando práticas de autoregulação mediadas pela reflexão e desabafo. Ainda na instituição do CAPSi, o terceiro capítulo disserta sobre o diagnóstico. Nota-se que este constitui um operador ambíguo naquele espaço, que levanta dilemas éticos contraditórios à divisa da clínica psicossocial de “acolher sofrimentos”.

No quarto capítulo traz-se a voz de sete jovens usuários do CAPSi que foram previamente indicados pelas profissionais como possuindo “sintomas depressivos”. Observa-se que entre eles há uma aflição relacionada primariamente à auto-imagem. Nota-se ainda que o princípio terapêutico de auto-regulação e o alinhamento grupal propiciado pela instituição, contribuem para a auto-identificação desses jovens, como “sensíveis”. Este atributo tanto favorece como prejudica o princípio terapêutico que lhes é proposto.

O quinto capítulo é sobre o setor psiquiátrico juvenil de um hospital francês e serve como um paradigma comparativo das práticas terapêuticas e noções sobre a subjetividade dos jovens. Levanta percepções diferenciais quanto ao *risco* e *cuidado* e conduz a uma análise mais detida dessas categorias.

No último capítulo, observa-se como os conceitos de risco e cuidado, atravessam os diversos planos da tese, visando um sujeito particular e buscando sanar um prejuízo específico, nem sempre coincidente na percepção de profissionais e usuários.

1 PARADIGMAS E (DES) CAMINHOS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL PARA JUVENTUDE

Neste capítulo descrevo a formação das políticas de saúde mental para juventude no Brasil. De um lado elas são resultantes da reestruturação psiquiátrica no país; de outro, da implantação do modelo da proteção integral nas políticas para juventude. Trata-se de dois assuntos complexos o suficiente para serem abordados em tópicos separados, mas que são reunidos neste capítulo com três propósitos: Primeiro pelo que representam historicamente uma ampliação e interseção entre as noções de direitos de cidadania e dos direitos humanos (NOVAES, 2007). São modelos que visam a promoção de (relativamente) novos sujeitos de direitos e buscam transcender formas de governo anteriores, igualmente tidas como repressivas e tutelares.

No texto das políticas públicas esses novos sujeitos de direitos dão origem aos seguintes grupos populacionais: “adolescente” (BRASIL, 1990); “jovem” (BRASIL, 2005c); “pessoa portadora de transtornos mentais” (BRASIL, 2001). Individualmente, estes tipos se constituem associados a uma retórica da violência, sobretudo como vítima (BRITO, 2014). Assim como quando reunidos num mesmo sujeito, multiplicam um mesmo fantasma de exclusão arbitrária. Pensa-se que este não está completamente obsoleto, dada a crescente atuação do judiciário a intermediar as internações dos jovens, e tendendo a banalizar as internações em instituições inadequadas.

Um segundo motivo para reunir esses modelos é da ordem do funcionamento prático da rede de saúde mental infantojuvenil. A política de saúde mental para jovens no Brasil deve observar tanto as recomendações da política mais ampla de saúde mental, como das políticas para a juventude (BRASIL, 2005b) (COUTO, 2001). Sob este princípio, modelos que tradicionalmente regem instituições com lógicas específicas, misturam-se numa gama de serviços - não exclusivamente clínicos, por exemplo. Isso, no caso dos jovens, entendidos como pessoas em “desenvolvimento moral” (BRASIL, 1990: art.3º) torna mais turva e contestável as esferas de competência - assim como mais urgentes e possivelmente arbitrárias, as ações- do que entre a população adulta. Esse mesmo motivo enseja também trazer as famílias, como um pano de fundo fundamental por parte de todos os profissionais envolvidos com a demanda juvenil.

Ao trazer aspectos históricos da formação das políticas de saúde mental e das políticas infantojuvenis brasileiras busca-se introduzir uma escala legal e abstrata, que tanto orienta como é subvertida no curso da rede de saúde mental, nas práticas terapêuticas e nas experiências sociais dos usuários - trazidas, respectivamente, no fim deste capítulo e nos próximos. Ao abordar esses processos históricos em conjunto e com relativa brevidade, é ainda, uma forma de localizar o lugar parcial que representam no argumento geral desta tese. Busca-se sobretudo, dar densidade histórica para temas que reverberam ao longo deste trabalho, como “sofrimento”, “desequilíbrio”, “risco”, “desenvolvimento”.

1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Inicia-se esse capítulo com um preâmbulo sobre o movimento inaugural da psiquiatria, a passagem do “louco social” para o “louco *medical*” (LANDRON, 1995). Retoma-se esse momento inicial como uma abertura provocativa, sobre a aliança entre valores humanistas e salvacionistas na terapêutica do desvio moral; sobre o *risco de descontrole dos impulsos* e sobre a evidência familiar enquanto lócus físicomoral de uma herança mórbida. Ao longo desta tese observa-se como nas práticas de cuidado, o que é percebido como risco de “sofrimento” e sua caracterização como “desorganização” e “desequilíbrio”, não é completamente distante da concepção individualizante “localizacionista” e “atomista” (SERPA JR, 2010: 467) presentes nas teses alienistas do século XIX.

A história da Reforma Psiquiátrica (RP) inicia contextualizando os movimentos reformistas que tiveram lugar na segunda metade do século XX (pós-II Guerra): Inglaterra, Itália, Estados Unidos, França. O objetivo não é se concentrar na história da RP em cada país, mas nos caminhos particulares e princípios que foram influentes na reforma brasileira.

A RP brasileira emerge no seio de uma tendência internacional de ampliação do ideário humanista e da constatação da ineficiência do modelo hospitalocêntrico no tratamento da “loucura”. Nacionalmente é crucial o movimento da reforma sanitária, que desde o início dos anos 70 fomenta uma redefinição do conceito de saúde, assim como o movimento dos trabalhadores da saúde mental (MTSM) e o ambiente mais geral de reestruturação democrática do país. Finalmente, escreve-se sobre como a RP brasileira tem se estruturado enquanto um campo de disputa entre diferentes atores e segmentos de interesse.

1.1.1 Primórdios (latentes) da psiquiatria: o risco de degenerescência no “corpo ampliado” das famílias

Não é o caso aqui de retrazar minuciosamente a história da psiquiatria, mas é importante lembrar que muito embora a igualdade e liberdade fossem valores capitais desde a queda do antigo regime, havia algumas razões para restringi-las aos “alienados”. São condições históricas, como nos situa Foucault (1972/2004), que fazem com que tradicionalmente a loucura ocupe o espaço da exclusão: primeiro a partir de uma sensibilidade cósmica, depois moral e finalmente racionalista. E isso ocorreu sem que houvesse uma substituição completa de um universo discursivo por outro, como se verá a seguir.

Na França, a primeira lei dirigida especificamente aos “alienados mentais” foi a de 30 de junho de 1838, válida até 1990. Esta lei influenciou toda a legislação psiquiátrica do ocidente (DESVIAT, 1994/2015) prescrevendo a criação de asilos em todos os departamentos e legitimando-os como um lugar médico. Isso porque na época da “grande internação” quando são criados os hospitais gerais, estes seguiam os moldes absolutistas e foram destino de uma mesma população indistintamente marginal: pobres, desempregados, criminosos, insanos, contrários ao regime e outros que por algum motivo era considerado inconvenientes (FOUCAULT, 1972/2004). Essa lei assegura não propriamente “os alienados” mas à população em geral, contra as *lettres de cachet* (cartas que portavam a assinatura do rei e permitiam encarceramento ou internação rápida e arbitrária). Foi uma medida de proteção contra um dispositivo até certo ponto banalizado, dado que à época, um em cada cem habitantes de Paris já tinha sido internado em algum período de suas vidas (LANDRON, 1995). O advento da lei de 1938 sinaliza o alinhamento a uma nova ordem econômica e legalista, como escreve Desviat (1994/2015):

A nova ordem social exigia uma nova conceituação da loucura e, acima de tudo, de suas formas de atendimento. Com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, com o Contrato Social e a livre circulação de pessoas e mercadorias, a nova soberania civil tinha que refletir sobre a responsabilidade e os limites da liberdade. O grande enclausuramento descrito por Foucault, símbolo eloqüente do absolutismo, tinha que ser abolido.

(DESVIAT, 1994/2015: 20)

A lei de 30 de junho de 1838 oficializa o estatuto de “alienado” sinalizando a transição do “louco social” para o “louco *medical*” (LANDRON, 1995). Essa medida teve caráter assistencial e higiênico: Os asilos passam a se chamar hospitais e seriam unicamente destinados aos “alienados”. Também são descrito como um local de abrigo dos “alienados” indigentes, estabelecendo um padrão tutelar e não meramente repressivo. Em contrapartida também serve como um destino incontestável aos ditos loucos que vagavam pela cidade perturbando ou causando medo nas pessoas, perpetuando o antigo modelo de exclusão.

Na época da lei não houve contestações sobre a restrição de liberdade dos “alienados”. O que seus opositores reclamavam era da quantidade de recursos empregado sem proveito dos mesmos (LANDRON, 1995). E nessa conjuntura de consenso público não é difícil visualizar como os hospitais psiquiátricos higienizados e pasteurizados - para se tornarem um local de observação e tratamento - não escaparam ao destino de degradação e abusos, tal como outros aparatos de segregação. Entre “o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir...” FOUCAULT (1972/2004: 53), o rito da hospitalidade burguesa impõe-se insidiosamente até o desfecho trágico do fim da segunda guerra. Ocasão em que 40.000 pessoas (perto de 40% dos internos dos asilos) morrem de frio e fome. Confirma-se que essa disposição autoritária não poupa recintos saneados e “científicos”, como Castel (1978) observa nas práticas das míticas clínicas de Bicêtre e Salpêtière: Intra-muros a relação terapêutica é a de submetimento do paciente. A relação entre o psiquiatra e o enfermo é organizada em moldes absolutistas. O tratamento moral - redundante constatação - é administrado como uma disputa entre o bem e o mal.

Mas é preciso compreender como (há quase meio século da Declaração dos Direitos do Homem) excluir o “alienado” era algo do interesse coletivo. Primeiramente porque o alienado não era responsável por sua conduta e por isso não era propriamente um sujeito de direitos (DESVIAT, 1994/2015). Em segundo lugar porque com o paradigma da “degenerescência”, os asilos cumpriam uma profilaxia moral ao restante da sociedade: A existência de um insano em meio à parte sã da população constituía um perigo, pois havia implícita uma idéia de *contágio* do desvio moral (SERPA JR, 2010).

A “teoria da degenerescência” de Morel aparece no século XIX como uma confirmação a antigas suspeitas de que “a loucura” estava em franca ascensão na sociedade pós-revolução industrial. Numa descrição sintética, sua tese versava sobre um tipo perfeito ancestral que por maus costumes ou transmissão hereditária (de vícios e traços mórbidos) sofria um processo gradual de decadência da espécie. Há portanto, uma comensurabilidade entre causas físicas e morais e o objetivo do tratamento moral seria corrigir o desvio e evitar sua propagação (CAPONI, 2012).

A tese sobre a degeneração inclui uma discussão sobre os elementos etiológicos (causais) onde antes só havia semiologia (classificação sintomática). A degeneração reúne uma ampla gama de traços sociais e comportamentais de “valores que a sociedade europeia do século XIX considerava como invioláveis e universais” (CAPONI, 2012: 24), em geral unificados em torno de um senso moral defeituoso e dificuldades na contenção dos impulsos (CAPONI, 2012).

Ao contrário dos antigos naturalistas que cunham o termo “degeneração” e o vincula a determinadas características climáticas e físicas externas (raciais) diretamente relacionadas ao contexto colonial, Morel postula uma pluralidade de causas: “(...) álcool, miséria, privações, profissões insalubres e condições morais degradadas (...)” que se convertiam numa “transmissão hereditária” - e vice-versa (CAPONI, 2012: 84 e 92).

A fundamentação etiológica, por sua vez representou à Psiquiatria uma desejável aproximação com a medicina em geral, enquanto ciência positivista. Mas essa virada científica ocorre informada por antigas epistêmes, como a teologia. Sobre isso é interessante como PEREIRA (2016) identifica na vivência de seminarista do autor, a lógica narrativa de um tipo ancestral ideal que é maculado (inicialmente, supõe-se, pelo pecado original) transmitindo às gerações seguintes os traços do estigma. A mente degenerada tem uma representação física e metafísica e localiza-se no corpo estendido das famílias (CAPONI, 2012).

Com os sucessores de Morel houve a preocupação (mas não necessariamente o sucesso) de separar as causas físicas e morais atuando distintamente em grupos diferenciados de doenças. Com eles, a teoria também ganha mais sutileza: há um deslizamento semântico de “degenerado” para “desequilibrado” e a hereditariedade passa a ser discutida como “predisposição” (que é uma categoria mais abrangente) (SERPA JR, 2010: 467).

Como denuncia Castel (1978) a implicação prática da teoria da degenerescência é que serviu para naturalizar conflitos sociais e patologizar hábitos não burgueses. No seio desta, a “promessa sempre adiada para a busca de explicações consideradas validadas para as doenças mentais (...) o *corpo ampliado*, constituído pela família do paciente, supre, no âmbito da psiquiatria, a ausência das localizações.” (CAPONI, 2012:176, grifo nosso). Enquanto legado discursivo, a teoria da degenerescência deixa para a psiquiatria o acento nas histórias de vida familiares e o cálculo do risco.

1.1.2 Modelos influentes do reformismo internacional

A partir da Segunda Guerra Mundial o modelo alienista começa a ser questionado em diferentes países. Segundo Desviat (1994/2015) o reformismo psiquiátrico internacional parte de uma crítica das condições degradantes e eficácia do tratamento asilar. Enquanto fenômeno internacional parte de uma conjuntura econômica e política que favorece a atmosfera de reconstrução social:

O *New Deal* norte americano e a revolta contra as instituições que atingiu seu ponto máximo no questionamento sem precedentes na ordem social contemporânea do maio francês de 1968, influíram decisivamente na ruptura do paradigma psiquiátrico construído ao longo do século XIX.

(DESVIAT, 1994/2015: 24)

Ao descrever como o novo paradigma psiquiátrico ocorre em diferentes países, tem-se por objetivo narrar sucintamente os modelos internacionais que mais influenciaram a RP brasileira e a forma como a influenciaram. Segundo Passos (2001), Andrade (2012), Amarante (1995b) e Tenório (2002); são eles: o modelo inglês das comunidades terapêuticas, a psiquiatria comunitária americana, a psiquiatria democrática italiana e a psiquiatria de setor na França.

Segundo dados da conferência de Saúde Mental a RP brasileira inicialmente se inspira em duas propostas internacionais: as “comunidades terapêuticas” e a “psiquiatria comunitária” (BRASIL, 2005a):

O modelo inglês das comunidades terapêuticas é implantado no Brasil no fim dos anos 1950. Inicialmente esse modelo é apropriado pelos manicômios privados que utilizam suas premissas humanísticas

antes como propaganda, que como princípio norteador. Entretanto, esse era um modelo que tinha como premissa uma relação técnico-administrativa mais “liberal” e “horizontal” (BRASIL, 2005a), que realmente provocou um estreitamento nas relações entre profissionais e pacientes. Essa aproximação é fundamental enquanto possibilidade da construção de diálogos em torno da cidadania dos internos, assim como para a futura aliança entre internos e profissionais no MTSM. Os tratamentos das comunidades terapêuticas também se caracterizavam pela maior participação dos familiares e um papel mais ativo dos pacientes no seu tratamento. A utilização das terapias de grupo de Sullivan e Menninger e a terapia ocupacional foram outros dos legados metodológicos das comunidades terapêuticas à RP (AMARANTE, 1995b).

A psiquiatria comunitária nasce nos Estados Unidos na década de 1960 a partir das idéias de Caplan. Esta não é imediatamente colocada em prática por aqui, mas entra na ordem do dia dos intelectuais brasileiros (TENÓRIO, 2002). Este é um modelo que se apresenta como uma alternativa à segregação dos manicômios e como um programa de intervenção preventiva na comunidade. O objetivo dessa proposta era focar nas causas das doenças mentais e não nas suas conseqüências, inaugurando a noção de *saúde mental* – por oposição à *doença mental*. A noção de “saúde mental nesse momento tinha uma conotação ligada à adaptação social, o que gerou considerável crítica. No entanto, em sua acepção mais ampla o conceito vem a se tornar chave na RP, no que subentende “um afastamento da figura médica da doença, que não leva em consideração os aspectos subjetivos ligados à existência concreta do sujeito assistido” (TENÓRIO, 2002: 31). Essa noção mais generosa de saúde mental, implica de pronto a necessidade de uma equipe interdisciplinar, num âmbito que no Brasil é classificado como “psicossocial”. Outra herança desse modelo é a previsão de uma desospitalização progressiva e a formulação de um serviço de substituição dos asilos, submetidos a um território e uma grandeza populacional (TENÓRIO, 2002).

A partir da década de 70, o modelo italiano de RP – a Psiquiatria Democrática- tem se tornado uma referência aqui no Brasil (ANDRADE, 2012) (PASSOS, 2001) (AMARANTE, 1994a, 1994b, 1995a, 1995b). A Reforma italiana, tal como a nossa, tem como base histórica os movimentos sociais e também iniciou tardiamente em

relação a outras experiências (como a francesa e inglesa)¹². Isso teve o aspecto positivo de permitir observar melhor as consequências dos caminhos percorridos no exterior, adquirindo um distanciamento crítico desses processos (ROTELLI, 1990).

Conforme organiza Amarante (1994b), a RP Italiana começa com uma experiência isolada de Franco Basaglia em um manicômio de Gorizia, em 1961, onde inicialmente implementa a psiquiatria institucional no hospital psiquiátrico sobre sua direção. Numa segunda fase, Basaglia compreende que os fundamentos de humanização no hospital estão muito aquém de suas ambições. O contato com o referencial Foucaultiano e autores da antipsiquiatria faz com que Basaglia reconheça a própria psiquiatria como nociva e devendo se combatida. Daí para adiante inicia-se “um movimento político e cultural centrado na crítica à psiquiatria tradicional e ao manicômio, reconhecido pelos italianos como seu ícone maior”. (ANDRADE, 2012: 132). Junto com Rotelli traçam os contornos de uma “psiquiatria democrática” (como a RP italiana passa a ser identificada), que tem como objetivo a desinstitucionalização.

O projeto de desinstitucionalização é uma proposta ideológica que transcende a mera desospitalização, até então já colocada em prática pela psiquiatria comunitária (através do mote da prevenção e da redução de custos) (AMARANTE, 1994b). A ambição de Basaglia e Rotelli é a ruptura dos protótipos que fundamentam e autorizam a instituição psiquiátrica, mesmo em forma capilares - como por exemplo, o paradigma clínico e a relação tutelar que ele engendra (AMARANTE, 1994b).

Como nota Andrade (2012) a experiência italiana é muito diversificada¹³, mas da perspectiva desinstitucionalista busca romper com a falsa dicotomia entre técnica e política (PASSOS, 2001). Isso não quer dizer que a clínica é abandonada, mas trata-se de uma postura dialética entre a desinstitucionalização e as perspectivas iminentes de reinstitucionalização. Estar-se atento, por exemplo, que a instituição

¹²Segundo lê-se em Andrade (2012), A RP Italiana é legitimada com a aprovação da Lei 180, de 1978, conhecida como lei Basaglia.

¹³[A realidade atual da reforma psiquiátrica italiana] apresenta diversidades não apenas na aplicação dos pressupostos da Psiquiatria Democrática como da Lei Basaglia, mas também pelas características de execução das mesmas nos diferentes serviços. As diferenças não estão presentes apenas entre as regiões ou cidades, mas podem ser reconhecidas também entre os Departamentos de Saúde Mental de uma mesma cidade, o que pude perceber durante as visitas que fiz.

tende a homogeneizar as pessoas e engendrar uma “carreira moral” (GOFFMAN, 1963/1988).

A retomada das origens da Psiquiatria de Setor é oportuna por ser uma referência mundial de implantação de um modelo centralizador das políticas de saúde mental e que disseminou a clínica psicanalítica nas práticas institucionais recentes de saúde mental de nosso país (PASSOS, 2000). O contexto da psiquiatria francesa também dá lugar ao paradigma comparativo com relação às práticas terapêuticas com jovens, que se tratará no cap.5 deste trabalho. No que será observado mais detidamente.

A origem da psiquiatria de setor na França é historicamente atrelada à narrativa de escândalo, quando quase metade dos internos dos asilos são deixados morrer de fome, durante o racionamento imposto durante a Segunda Guerra. Este fato que chama a atenção para o limite perverso da reclusão forçada, tanto quanto mimetiza a política de extermínio nazista (HENCKES, 2007). Entre um pequeno grupo de psiquiatras, repercutia a má consciência e inconformismo com o papel de “guardiões de loucos” (LENGELLÉ, 2000). Influenciados pela fenomenologia, psicanálise e pelo marxismo institucional, refletem as bases para um novo modelo, que considerasse: 1) O caráter social do homem¹⁴; 2) a Saúde Mental como um espaço onde prevenção e tratamento fossem indissociados; 3) a Psiquiatria como promotora da Saúde mental; 4) um princípio mais moderno e eficiente, dado que surgem evidências clínicas dos malefícios da hospitalização prolongada - colocando em questão a estratégia da internação como meio de tratamento privilegiado.

Levando em consideração essas características, algumas experiências alternativas já vinham sendo gestadas por um pequeno grupo de jovens psiquiatras, os mesmos que ajudariam a construir a psiquiatria de setor que surgiria a seguir¹⁵. Aos poucos, emergem também algumas experiências alternativas de tratamento, fundamentadas principalmente, na terapia comunitária e institucional, como a clínica Saint Alban, na comuna de Lozère.

¹⁴Esse aspecto está particularmente desenvolvido no artigo de Thuilleaux (2006).

¹⁵ François Tosqueles, Paul Balvet, Jean Oury, Georges Daumezon, Lucien Bonnafé, Jaques Lacan, Phillipe Paumelle, Louis Le Guillant, Henry Ey, Pierre Mareschal, Pierre Male, Henri Duchêne, Julian de Ajuriaguerra, Pierre Fouquet, Sven Follin, são entre outros, nomes eminentes desse processo.

Em março de 1949 sai uma circular para organizar os “*services libres*”, reconhecendo o interesse público e as vantagens desse tipo dos serviços abertos e recomendando sua criação aos lugares onde ele ainda não existe (CIRCULAIRE, 1949). Apesar da denominação, os serviços abertos são implantados anexos aos hospitais psiquiátricos e mantém uma relação de interdependência com estes. Nos anos seguintes novas circulares prevêem orçamento específico, assim como procuram ajustar o público “preferencial” dos serviços abertos: “doentes cujo estado mental não implique incapacidade civil e de liberdade” (CIRCULAIRE, 1951).

Paralelo à criação dos serviços abertos, permanece o hospital psiquiátrico, no qual as iniciativas são no sentido de melhorar as condições de vida e tomar medidas que evitem o abuso dos pacientes. Nestes, institui-se também as “saídas experimentais”, que deveriam ser aplicadas gradualmente visando a reinserção social (CIRCULAIRE, 1951).

É difícil encontrar consenso sobre a data exata do início da psiquiatria de setor. Ela é resultado de uma conjuntura histórica não linear que abrange desde o deflagrado massacre nos asilos à crescente reação reflexiva da militância de grupos de especialistas solidários aos “pacientes”. Tratar-se sobretudo de um movimento entre especialistas que compunham sindicatos, grupos militantes, segmentos clínico-teóricos minoritários (PASSOS, 2000). São profissionais que conduzem experiências alternativas concretas e que aos poucos vão pavimentando o início de um novo processo, que os protestos de maio de 68 vão emprestar ao senso de “revolução” (“*Revolution Psychiatrique*”). Mas no que satiriza Desviat (1994/2015) constitui-se no mais sério empreendimento para preservar o manicômio.

Dentre os grupos teóricos, é proeminente o grupo de Sévres¹⁶, que lançam um manifesto onde consta pela primeira vez o conceito de “setor psiquiátrico” e nele são sistematizadas suas bases. Outro grupo posteriormente influente seria o da Evolution Psychiatrique. Nele Ey e Lacan, advogam para uma corrente psicodinâmica, que na década de 80 será a corrente psicanalítica mais importante na psiquiatria francesa (THUILLEAUX, 2006).

¹⁶Um grupo de trabalho que se reuniu entre maio de 1957 e abril de 1959 e cujos expoentes foram Daumezon, Bonnafé, Le Guillant, Oury. Este grupo lança em 1959 um manifesto de diligências tendo em vista uma renovação institucional e terapêutica.

Em 15 de março de 1960 é divulgada a primeira circular, que institui a Psiquiatria de Setor. Nesta, o acento é sobre a “eficácia” do tratamento humanizado e em instituições voltadas à readaptação social na luta contra as “doenças mentais”. O conceito básico de setor visa a integração dos “doentes mentais” ao seu lugar de domicílio e convívio, o que implica em:

(...) dividir cada departamento num número de setores geográficos, no interior dos quais uma mesma equipe médico-social deverá garantir a todos os doentes, homens e mulheres, a continuidade indispensável entre a triagem, o tratamento sem hospitalização quando possível, os cuidados de hospitalização e enfim, a assistência no pós-cura. (CIRCULAIRE, 1960)

A ênfase geográfica da setorialização visa segregar o mínimo possível o doente e sua família do meio social de origem, tendo como horizonte da cura a ressocialização. Os cuidados também privilegiam a modalidade não hospitalocêntrica, como os centros de tratamento e readaptação social e clínicas ambulatoriais, que procuram evitar a hospitalização ou a recidiva. Por fim, essa malha de dispositivos é posta como uma unidade “indivisível e não hierarquizada” entre prevenção, cura e pós-cura. A materialização dessa unidade está presente na constância representada por uma mesma equipe profissional de cuidados. Já a “não hierarquia” visa assegurar o desenvolvimento do cuidado extra-hospitalar em ligação com o hospitalar, evitando-se uma “oferta de serviços e de ordenação da demanda segundo uma ordem diferenciada de complexidade médica” (PASSOS, 2000: 64).

Observando a história da psiquiatria francesa e brasileira, vemos que há muitos momentos parecidos: O sentimento inicial de repulsa com a degradação dos pacientes nos hospitais psiquiátricos. Mas são também muitas as diferenças. A começar, tem-se que aqui o processo irrompe com uma diferença de quase vinte anos e num período onde a contracultura e a teoria antipsiquiátrica incendeiam os movimentos sociais. Já na França, segundo Passos (2000) a “antipsiquiatria” fica restrita a círculos acadêmicos. ‘A reação reformista França, como vimos, foi absorvida pelo modelo técnico da psiquiatria institucional visando não a extinção mas a melhora nas condições de vida dos hospitais. Aqui no Brasil, dá-se um passo além e se estende ao direito de liberdade das pessoas com “transtornos mentais” criando uma

controvérsia em torno das modalidades de internação não consensuais: a “internação não voluntária” (à pedido da família) e a “internação compulsória” (a pedido do juiz). Em suma, minha impressão é que aqui (para o bem e para o mal) o caminho está menos estabelecido e as contradições mais visíveis.

1.1.3 A Reforma Psiquiátrica Brasileira: história e tendências

A Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira foi influenciada pelo reformismo psiquiátrico internacional, tendo-se por convenção que iniciou na segunda metade da década de 1970 (BRASIL, 2005a) (AMARANTE, 1995b). Esse momento específico não é casualidade: Nacionalmente estamos imersos num contexto político agitado, onde o governo se utiliza de inúmeras estratégias de coerção e parte da sociedade experimenta na pele uma série de violações aos direitos fundamentais. A repressão conduzida pelos militares também não impediu que houvesse resistência e reação de vários grupos que se organizavam sob o ideário de liberdade, revolução e modernização. Ideário que atravessa intimamente os valores da RP brasileira.

Afora os grandes manicômios públicos, que eram verdadeiros depósitos, houve no período ditatorial ocorrido entre 1964-1985 uma sinistra política comercial de assistência da Saúde Mental, com o chamado Plano de Pronta Ação (AMARANTE, 1995a, 1995b). Neste sistema, manicômios hegemonicamente privados e amplamente subvencionados pelo Estado (INAMPS) obtinham lucro de acordo com a quantidade de internações. O resultado é que nesse período havia um repasse de mais de 90% das verbas destinadas à saúde mental brasileira para esses manicômios privados: “o maior processo de privatização da assistência psiquiátrica que se têm notícia” (AMARANTE, 1995a: 493).

Com a reestruturação democrática do país, dá-se um período intenso de mudanças, e um contexto favorável ao fortalecimento dos movimentos sociais e suas lutas - o que incide por exemplo, no reformismo da saúde pública (a Reforma Sanitária). Nesse período, o movimento dos trabalhadores da saúde mental (MTSM) - um movimento inicialmente técnico-científico que vai aos poucos se consolidando como movimento social- vem a denunciar o superfaturamento da indústria da loucura e os maus-tratos com os pacientes internados em manicômios (TENÓRIO, 2002). No seio desse movimento surge o lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, que procura sensibilizar e envolver a sociedade civil na discussão das questões relativas à saúde mental e da assistência psiquiátrica

(AMARANTE, 1995b: 17)(LUCHMANN & RODRIGUES, 2007). Com essa proposta, o movimento ganha novo fôlego e dimensão, passando a organizar uma série de atividades culturais, assim como impulsionar a associação de familiares e voluntários em seus debates. É finalmente no seio desse movimento, que vem a ser idealizados projetos de lei em defesa dos direitos das pessoas “portadoras de transtornos mentais” (BRASIL, 2001).

Em 1988 é promulgada uma nova constituição que inclui uma ampla gama de medidas progressistas, enfatizando novos direitos sociais e políticos, o que lhe rendeu o apelido de “constituição cidadã”. No capítulo “Da Ordem Social” incluem-se anseios centrais do Movimento Sanitário, com a insígnia: “Saúde é Direito de Todos e Dever do Estado” (BRASIL, 1988). Esse slogan explicita a “universalidade” do acesso da saúde, um conceito idealizado na Oitava Conferência Nacional de Saúde, ocorrida 1986. Segundo Delgado (2011) essa conferência representa um marco histórico, pois dela emergem os principais fundamentos que vieram a compor o SUS – Sistema Único de Saúde, em 1990.

A constituição de 1988 opera uma descentralização político administrativa da saúde, transferindo aos municípios a gestão dos recursos de acordo com interesse e necessidades de sua população local. Esse preceito de municipalização da saúde possibilita outro acontecimento que marcou a história da Reforma Psiquiátrica brasileira: Em 1989 a prefeitura de Santos fecha o hospício privado “Casa de Saúde Anchieta”. Com mais de 500 internos, o estabelecimento era conhecido pela população local como “casa dos horrores” (AMARANTE, 1995a). Esse acontecimento foi pioneiro porque a intervenção municipal não se deu com base num pretexto da readequação das condições do hospício, mas com a premissa de que “a liberdade é terapêutica” (KINOSHITA, 2009) e que seria imperioso que aqueles 500 e tantos internos fossem atendidos numa rede de serviços territoriais que substituíssem completamente o antigo manicômio. Assim surge o primeiro NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) que no período funcionavam 24h por dia e sete dias por semana:

A idéia era destruir o hospício, desmontando a necessidade da sua existência. Mas na medida em que a confiança e cumplicidade entre pacientes, equipe e familiares se tornava mais forte, novas estratégias de cuidado foram sendo instituídas. Por exemplo, a internação pode ser pensada como

ação precoce e preventiva, ao invés do costumeiro “internar em último caso”. Isto é, um paciente poderia ser internado num “dia ruim” para poder voltar a casa na manhã seguinte, evitando situações de atritos e desgastes com os familiares ou nos espaços de trabalho. (KINOSHITA, 2009:7)

Esse tipo de gestão possibilitou que os NAPS se constituíssem com verdadeiros pontos de suporte, sem ferir a liberdade nem a dignidade dos seus usuários. Infelizmente, ainda segundo Kinoshita (2009), a estratégia que visava à emancipação dos usuários e a construção de um novo paradigma de tratamento não foi mantida nas administrações seguintes. Mas a repercussão dessa experiência impulsiona o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e culmina em 1988 no projeto de lei Paulo Delgado, que propõe um redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, substituindo o modelo hospitalocêntrico por dispositivos que privilegiem o tratamento em serviços comunitários e visando a reinserção social. Em 2001 a lei 10.216 é sancionada representando uma concepção de uma psiquiatria pública, moralmente fundada nos direitos humanos, na liberdade na organização territorial dos serviços (DELGADO, 2011) (BRASIL, 2005a). Apesar disso, seu texto guarda diferenças significativas com o projeto de lei original. Enquanto o projeto de lei visava a extinção dos manicômios, a lei dá preferência ao atendimento de base comunitária mas mantém a estrutura hospitalar pré-existente, reordenando seu funcionamento a um novo modelo (YASUI, 2006) (FONSECA *et al.*2007).

Em 2002 dá-se a Conferência Nacional de Saúde Mental que resulta na publicação da portaria 336/02. Esta portaria institui e regulamenta os novos serviços ambulatoriais territoriais, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um serviço de atenção diária “substitutivo” e “estratégico” na rede de saúde mental no Brasil (BRASIL, 2002). Esse primeiro atributo faz referência aos aspectos históricos da RP, na qual os CAPS são concebidos como um modelo de tratamento alternativo à reclusão dos hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, os CAPS são serviços de base territorial concebidos para atender casos de média e alta complexidade em saúde mental de modo intensivo e sem internação. Um modelo de tratamento que resulta em maior autonomia e inserção social do “usuário”, que pode retornar à casa ao final do dia. No que tange ao caráter estratégico, significa que

têm por objetivo não somente acolher, mas também promover uma rede articulada de cuidados que vai de centros de saúde a outras instituições comunitárias como escolas, centros culturais, entre outras. Além disso, os CAPS são estruturas taticamente imbuídas de fomentar a construção de uma nova concepção discursiva em torno da chamada “loucura”. Ou seja, busca desenvolver uma concepção de sujeito que vá além dos determinantes biológicos.

Os CAPS são divididos segundo a magnitude populacional, a faixa etária e função especializada: CAPSI (para atendimentos em municípios de menor porte- entre 20.0000 e 50.0000 habitantes); CAPSII (municípios com mais de 50.000 habitantes); CAPSIII (municípios com mais de 500.000 habitantes, visa o atendimento à crise psiquiátrica ou por uso de drogas com funcionamento diário e noturno); CAPSad (especializado para dependentes de álcool e drogas) e CAPSi (especializado no atendimento de crianças e adolescentes) (BRASIL, 2002).

O CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil) seria voltado ao atendimento de jovens encaminhados dos postos de saúde, escolas, Hospital infantil e Conselho Tutelar, além dos casos em que procuram diretamente o serviço. Na regulamentação desse serviço consta que este é voltado ao atendimento prioritário de “pacientes com transtornos mentais severos e persistentes” (BRASIL, 2002). Embora essa medida (sofrimento “severo”; “leve”) seja imprecisa e frequentemente contestável entre aqueles que encaminham e aqueles que acolhem a demanda, como discutiremos adiante.

A RP brasileira não se constitui como um campo definido e homogêneo. Segundo Fonseca (*et al*, 2007) a RP brasileira é um processo rizomático na qual “são muitas [as] reformas, não apenas na diversidade de práticas, teorias e ideologias como naquilo que pretendem reformar” (ANDRADE, 2012: 70). Ela continua na atualidade no embate entre movimentos sociais, associações e atores antagonistas que disputam um lugar de autoridade na avaliação dos programas sociais, das práticas e das instituições (LUCHMANN & RODRIGUES, 2007). Atualmente podemos citar como grandes porta-vozes dessa polaridade nacional o “Movimento de luta Antimanicomial” e a diretoria da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

O “Movimento de luta Antimanicomial” (MLA) foi fundado em 1987 a partir de um encontro do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental MTSM sob o ideário antipsiquiátrico e da desinstitucionalização (AMARANTE, 1995b). Entre 1987 e 1993 esse

movimento se consolida de forma “plural” e “utópica”, articulando profissionais da saúde mental, pacientes, familiares e simpatizantes do paradigma Psicossocial (LUCHMAN & RODRIGUES, 2007:403). Isto é, pessoas interessadas “em defender uma postura de respeito aos diferentes modos de ser e a transformação da relação cultural da sociedade com as pessoas que sofrem por transtornos mentais” (MOVIMENTO, s/d). A proposta antimanicomial tem impulsionado organizações diversificadas como a Associação Brasileira de Saúde Mental - ABRASME, recentemente constituída e sediada em Florianópolis¹⁷.

A segunda corrente de influência da Reforma Psiquiátrica brasileira é chamada por Amarante (1996) de “contradesinstitucionalizante”, pois segundo o autor, recorre ao discurso de que a desinstitucionalização implicaria necessariamente numa desassistência. Esse grupo pode ser representado pela atual diretoria da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e outros grupos de interesses (como a indústria farmacêutica e empresários de hospitais psiquiátricos privados), mas também muitos cidadãos comuns, que sem uma implantação de serviços substitutivos, observam na reforma, um equívoco.

A vertente “contradesinstitucionalizante”, defende serviços assistenciais com equipe multiprofissional, mas sob supervisão do médico psiquiatra para implementação de tratamentos “comprovadamente eficazes” e “atenção profissional de qualidade” (JORGE & FRANCA, 2001). Ou seja, a partir do pressuposto da ciência como um espaço único, neutro e acrítico; esta corrente converge com a principal corrente da psiquiatria americana, que tem como instrumento clínico preponderante a medicina baseada em evidências (MBE). O grupo defende ainda um modelo misto de assistência: Ambulatorial e hospitalar. Então o que nos parece pertinente ressaltar como ponto de discórdia nessas duas forças antagônicas é que este último grupo não é a favor da extinção de instituições psiquiátricas para internação prolongada, assim como é a favor das internações compulsórias, sob indicação médica (SILVA, 2013).

Durante a pesquisa tenho sido testemunha de exclamações em entrevistas, reuniões e conversas de corredor de pessoas simpatizantes

¹⁷Cf. informativo *on line* a ONG ABRASME existe desde 2007 e possui núcleos em diversas capitais do país. Essa associação tem finalidade em incrementar a luta por direitos através da promoção do diálogo entre instituições de assistência aos usuários de Saúde Mental e instituições acadêmicas.

de ambas as correntes mencionadas anteriormente (em muitos casos, deve-se tratar essa divisão como heurística, pois os discursos das pessoas são contraditórios): Uns mais arraigados no discurso da defesa de direitos e da cidadania dos “portadores de transtornos mentais”; e outros na assistência “comprovadamente eficaz”. Mesmo que os motivos não coincidam, observa-se um ponto de convergência. Ambos os lados estão bastante descontentes com os rumos da reforma. E isso, porque a implantação da estrutura assistencial substitutiva de saúde mental está muito aquém das previsões legais, o que acaba por criar uma sensação de desassistência¹⁸. A quantidade das diversas modalidades de CAPS, residências terapêuticas e leitos para internação breve é inexistente ou irrisória, levando em conta a magnitude populacional.

Dado as tensões que observamos no campo da saúde mental brasileira (a propósito de sua polarização), das confusões nas narrativas dos profissionais no campo etnográfico deste trabalho e acaso o leitor não seja iniciado no assunto; cabe um parêntese final situando que embora tenha havido um cruzamento inicial, a antipsiquiatria é uma proposta diferente da desinstitucionalização. A antipsiquiatria foi uma corrente de pensamento que teve um papel fundamental no início da psiquiatria democrática e da RP brasileira, por conta de sua inspiração revolucionária e contracultural (OLIVEIRA, 2011). Seus principais expoentes foram Thomas Szaz, David Laing, David Cooper e Gregory Bateson (representando a escola de Palo Alto). Esta linha nega a existência da doença mental, compreendendo o paciente antes como um desajustado, socialmente constrangido em seu meio familiar e comunitário - nos quais a doença mental funciona como uma “categoria de acusação” (GOFFMAN, 1963) deslegitimizante. Essa concepção situa o paciente como um bode expiatório da família e da sociedade¹⁹.

¹⁸Esse ponto é discutido por Pitta (2011) num balanço sobre os rumos recentes da RP: “Ainda não conseguimos assegurar o cuidado das crises psicóticas ou das demandas de fissura e abstinência de usuários de crack em situação de rua se os serviços ambulatoriais e comunitários cerram suas portas às cinco da tarde na sua grande maioria (...) ainda não dispomos de um patamar satisfatório de recursos assistenciais no país.” (PITTA, 2011: 4580 -4581).

¹⁹ À exemplo da tese de Cooper e Laing: “Os mais básicos conflitos individuais provêm, portanto, deste choque entre determinadas aspirações pessoais (aquilo que eu quero ser) e as prescrições de papéis ditadas pela família (aquilo que eles querem que eu seja)” (DUARTE JR, 1953: 59). No mesmo sentido é influente a teoria do antropólogo Gregory Bateson sobre o “duplo vínculo”, como causa da esquizofrenia. Para Bateson, a esquizofrenia é uma patologia da comunicação verbal e não verbal, que está presente em determinadas famílias. Bateson notou

Conforme se lê em Amarante (1994a), no movimento pela desinstitucionalização há uma diferença sutil, porém significativa. A doença mental não é negada, ela é colocada entre parênteses. Reconhece-se a existência de um sofrimento intrínseco, assim como se recusa a capacidade do saber psiquiátrico de atingir a totalidade do fenômeno.

1.2 OS JOVENS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: DO MARGINAL AO VULNERÁVEL

Adentrando a história das políticas públicas para a juventude no Brasil, há muitos *dèjà vu* pelo caminho: um modelo assistencialista e repressor que aos poucos vai se modificando junto a expansão humanista do sujeito de direitos. Há também uma passagem de sujeitos tidos como indistintamente delinquentes, que aos poucos vão sendo inscritos sob diversas categorias de vulneráveis. Num movimento onde as famílias desagregadas ou genitores “desequilibrados” vão sofrendo um deslocamento acusação, sobretudo na forma de uma suspeita difusa de perpetuação da violência nos jovens.

As reformas na legislação no campo da infância e da juventude, decorrentes dos procedimentos nacionais e internacionais são consequências da expansão histórica dos valores humanistas. Essa expansão revela tanto um caráter de inclusão gradativa de novos sujeitos²⁰ como um processo de mudança de mentalidade que paulatinamente legitimou esse processo de transformação e difusão. Desde o século XVIII, quando a Declaração dos Direitos do Homem é adotada pelas Nações Unidas à atualidade, os direitos humanos adquiriram qualidade universal. Isso só foi possível graças a um processo de disposição “empática” de aceitação da idéia de indivíduo autônomo capaz de exercer juízo crítico de forma livre e cuja integridade corporal deveria ser respeitada. (HUNT, 2007).

A legislação que inaugura a proteção de crianças e adolescentes brasileiros é o decreto sobre código de menores, conhecido como código de Mello Mattos, de 1927. Este tem como objetivo fixar alguma

que nestas famílias, as mensagens dirigidas ao suposto esquizofrênico, eram ambíguas ou paradoxais.

²⁰ Inicialmente, a Declaração dos Direitos do Homem só fazia referência ao povo francês e destes, apenas aos capazes de plena participação no processo político (sujeitos do sexo masculino, livres, adultos e proprietários de terra) (HUNT, 2007:16).

proteção e vigilância por parte do Estado ao “menor de dezoito anos” encontrado em situações morais e materiais consideradas precárias tal qual “o abandonado e o “delinqüente” (BRASIL, 1927). Num país com forte tradição escravocrata, o código é pioneiro no que controla o emprego das crianças e adolescentes como mão de obra barata, a penalização excessiva dos castigos, bem como prevê que os “menores” cumpram medidas socioeducativas (não mais penais)²¹ e separados dos adultos. Notamos, portanto, que apesar da ênfase moralista e repressiva, este código inova no que estabelece algumas medidas protetivas que hoje seriam consideradas essenciais. Por outro lado o código também reforça a tradição tutelar, seja em reformatórios ou instituições asilares (estas, em geral não oficiais e de cunho filantrópico).

O código de menores vira lei em 1979, mantendo o estilo moralizante e arbitrário com que se dirige aos “menores” com comportamento ou em situações “consideradas irregulares pelas autoridades” (como “ambiente contrário aos bons costumes”, “desvios de conduta”, em “inadaptação familiar”). Por conta disso, o termo “menor” se populariza pela conotação estigmatizante dos jovens em situação considerada marginal (SILVA & LOPES, 2009).

Nas décadas de 1970 e 1980 no contexto de redemocratização do país, os movimentos sociais denunciavam o histórico descaso e os frequentes abusos institucionais os quais eram submetidos crianças e adolescentes. Em 1988, criou-se o Fórum Nacional Permanente de Entidades Não-Governamentais de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, que foi um influente representante da sociedade civil no congresso nacional promovendo a visibilidade dessa população (SILVA & LOPES, 2009). Com o advento da constituição de 1988, consolida-se a noção de crianças e adolescentes como prioridades sociais, como observa-se no art. 227:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem²², com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao

²¹ Antes de 1922, crianças de mais de nove anos de idade podiam ser presas. Nesse ano, uma reforma eleva a idade para quatorze anos. (WESTIN, 2015)

²² BRASIL. Emenda constitucional Nº 65, de 13 de julho de 2010. *Altera a denominação do Capítulo VII do Título VIII da Constituição Federal e modifica o seu art. 227, para cuidar dos interesses da juventude*. Brasília, DF, jul 2010.

respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.
(BRASIL, 1988)

A redação da Constituição de 1988 é um marco por substituir o modelo menorista pela doutrina da Proteção Integral e da criança e do adolescente como sujeitos de direitos. A ênfase repressiva do antigo código desaparece dando lugar à protetiva e preventiva, que reconhece a necessidade de situar as crianças e adolescentes sob um princípio de interesse superior na nação.

A doutrina da proteção integral às crianças e adolescentes se consolida no direito especializado do país em 1990, quando é criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Nesta doutrina, criança e adolescente aparecem como seres em risco, que precisam de especial proteção da sociedade levando em conta o reconhecimento da condição peculiar de desenvolvimento “físico, mental, moral, espiritual e social” (BRASIL, 1990: art.3º). Sobre o processo de desenvolvimento, nos parece interessante destacar duas vinculações particulares. A primeira é sobre a alusão à preparação para uma vida social adulta específica, que seja cunhada nos princípios constitucionais da liberdade, respeito e dignidade (BRASIL, 1990: art.15º). Essa relação insere-se tanto numa retórica de desenvolvimento da nação, como numa retórica “modernizadora” de certos princípios internacionalmente hegemônicos, que situam o ECA como “instrumento civilizatório”. (SCHUCH, 2010). A segunda diz respeito à importância que o desenvolvimento do jovem seja feito em famílias (seja “natural” ou “substituta”)(BRASIL, 2001: art.19º). Busca-se assim romper uma tradição de institucionalização de jovens desviantes, mas também endossar o pressuposto constitucional da família como “base da sociedade” (BRASIL, 1988: art.226) e aspecto fundamental do processo de desenvolvimento moral. No ECA, a reiterada menção às famílias designa uma série de salvaguardas ao mesmo tempo que pensamos legitimar um aumento da vigilância sobre essas, por parte de todos os profissionais envolvidos com políticas públicas para jovens.

Em relação ao âmbito nacional, o ECA inaugura uma ampliação dos direitos, que resulta na necessidade de direitos cada vez mais específicos de uma população não adulta. A exemplo disso foram criados em 2005, o Conselho Nacional da Juventude (CONJUVE) (BRASIL, 2005c) e Secretaria Nacional da Juventude (SNJ) visando

desenvolver políticas específicas para a juventude Brasileira. Atentando para a “onda jovem”, que identifica que a faixa etária entre 15 e 29 anos²³ concentra um quarto da população do país (UNICEF, 2015).

O CONJUVE e o SNJ são desenvolvidos de modo a situar o jovem como prioridade programática. Esse sentido de urgência ampara-se em atos internacionais, como a Organização Ibero-Americana da Juventude, bem como em indicadores que apontam para a necessidade de ampliação das oportunidades de participação dos jovens na vida pública²⁴. Esses órgãos buscam desenvolver diretrizes para combater a crescente marginalização desse grupo da população, assim como desenvolver atividades preventivas de saúde, cultura, lazer e inclusão digital (BRASIL, 2004b).

Sobre a influência do esteio legal internacional para o desenvolvimento de políticas para crianças e jovens é indispensável considerar que a doutrina da proteção integral existe desde a Declaração Universal dos Direitos da Criança, em 1959. Já a subsequente Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (adotada pela ONU em 1989 e ratificada pelo Brasil no ano seguinte) reitera a necessidade de proteção “especial” da infância e inova por atualizar às crianças tudo o que era previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos (ROSEMBERG & MARIANO, 2010: 699). Direitos que antes eram próprios aos adultos, como de liberdade e de autonomia, são estendidos à infância, esta última vinculada à orientação dos pais ou do tutor, para que a “criança” não fique exposta à violência (ROSEMBERG & MARIANO, 2010).

Em termos etários a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança Declaração estipula que “criança é todo o ser humano menor de 18 anos” salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, “atingir a maioridade mais cedo” (ONU, 1989: Art.1º). Essa definição deixa os jovens subsumidos na categoria de crianças até o limite da maioridade e quanto mais próximo do pólo simbólico infantil, mais frequentemente associados a uma retórica da violência, especialmente como vítima. (BRITO, 2014: 51). Sobre a presunção de vulnerabilidade, precisa-se dizer também que ela é tanto estrutural como relacional, no que pressupõe a interação com adultos. Essa interação, no contexto

²³ Este parâmetro etário para a definição da juventude segue um padrão da OMS (CONJUVE, 2016).

²⁴ Diagnósticos feitos pela UNICEF (2015) apontam para a crescente desescolarização dos jovens 15-24 anos; para a elitização dos diplomas universitários e para o aumento do vírus HVI nesse grupo da população.

discursivo que abrange esfera legal e instituições voltadas ao atendimento de crianças e jovens tem se naturalizado de modo ambíguo. É um tipo de relação que tem sido alvo de vigilância e objeto de acusação de gerar “sofrimento”, especialmente quando se trata de famílias pobres (RIBEIRO, 2013)

Não por acaso, nem por exagero²⁵, observa-se nas políticas públicas da juventude uma economia moral de vitimização e violação de direitos (RIFIOTIS *et al.*, 2016). De forma que transcende a eventual “convicção íntima” das profissionais (HUNT, 2007) a disposição de “comunicar à justiça casos que envolvam suspeita ou confirmação de maus-tratos” (ECA, art.245). Além da previsão coerciva da multa tem-se uma expressiva divulgação das relações entre “maus tratos” e transtornos emocionais (LOPES, 2016) (ASSIS *et al.*, 2009) (OMS, 2016). Configurando especialmente no terreno saúde mental juvenil uma atenção especial à ameaça difusa de violência que ronda os jovens.

1.3 “SÓ OS BONZINHOS E OS QUE O JUIZ DETERMINA”: O FUNCIONAMENTO DA REDE DE SAÚDE MENTAL PARA JOVENS EM FLORIANÓPOLIS

As políticas públicas de saúde mental voltadas para o público infantojuvenil seguem as recomendações promulgadas pela OMS (2003 e 2005) sobre a necessidade e benefícios de investimentos em prevenção e tratamento precoce. No Brasil, esse impulso também busca sanar uma brecha histórica dado o passado de institucionalização massiva de jovens tidos em situação marginal (BRASIL, 2005b). A recomendação geral é que as políticas públicas de saúde mental infanto-juvenil se insiram no paradigma inclusivo e comunitário da RP, assim como no da proteção integral das políticas da infância e juventude, que observam crianças e adolescentes como sujeitos de direitos (BRASIL, 2005b) (COUTO, 2001). Esse conjunto de orientações deu lugar a um fórum sobre o tema em 2004, que resultou no documento “Caminhos para a política de saúde mental infanto-juvenil” (Brasil, 2005b) organizando as diretrizes operacionais no âmbito em questão. Com relação aos princípios, estabelece-se:

-Acolhimento universal: independente de vagas o serviço deve estar de portas abertas para “acolher, ouvir e reconhecer a legitimidade da procura (...)” (BRASIL, 2005b:12).

²⁵ Como observam autores como Novaes (2007) e Longhi (2011), os jovens são os mais afetados pelos diferentes modos de violência existentes no Brasil.

-Encaminhamento implicado: Em caso de necessidade de encaminhamento, o serviço deve fazer uma conexão consistente com o local a ser encaminhado. Estabelecendo um endereço, acompanhando e discutindo as condições do tratamento com a instituição destino.

- Construção permanente da rede: em que o serviço inclui em sua alçada, o trabalho com outros serviços (não exclusivamente clínicos) segundo as necessidades particulares de cada caso. Além disso, toma como responsabilidade fomentar equipamentos complementares ou inexistentes.

- Território: Entendido como o “lugar psicossocial do sujeito” (BRASIL, 2005b: 13) é uma noção que transcende a aceção geográfica para abarcar os lugares onde o sujeito transita e os quais afetam sua experiência.

-Intersetorialidade: Levando em conta a concepção de território, a intersetorialidade visa intervenções junto a equipamentos de saúde e outras esferas institucionais (ligadas ao lazer, assistência social, justiça e educação) nas quais o jovem esteja implicado.

Dos princípios elencados acima, desenvolve-se um pouco sobre os conceitos de rede e intersetorialidade. Estes compõem um modelo de gestão das políticas de saúde contemporâneas (PEREIRA& TEIXEIRA, 2013) e tem no CAPSi um serviço estratégico ao seus desenvolvimentos. Em paralelo, situam-se dados das incursões etnográficas com profissionais do CAPSi, HI, posto de saúde da Prainha, Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina - IPQ), do Centro de Referência em Assistência Social - CREAS no sentido de desenvolver impressões sobre o funcionamento da rede intersetorial:

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi regulamentada em dezembro de 2011, destacando a relação entre a atenção básica, centros de convivência e serviços de atenção especializada em saúde mental. Nessa rede, o CAPSi é um serviço que tem por competência ser base de tratamento para crianças e adolescentes com “sofrimento psíquico intenso” (BRASIL, 2011). Respeitando o princípio de “clínica ampliada”, que visa “não reduzir o usuário à doença”(BRASIL, 2007: 13), cabe ao CAPSi, além da função clínica e ambulatorial, regular uma rede de atenção intersetorial *co-responsável* a uma atenção individualizada à saúde mental infanto-juvenil (BRASIL, 2005b).

O primeiro ponto sobre a realidade da RAPS para jovens em Florianópolis que salta aos olhos é o descompasso entre a estrutura legalmente prevista e a rede ativa, até 2017:

<p>I) Unidades básicas de saúde:</p>	<p>Centros de saúde</p> <p>Consultórios de rua</p> <p>Centros de convivência (CC)</p>	<p>*Nem todos possuem psicólogos.</p> <p>*Sem informações.</p> <p>*Exceto o CC da Tapera, só possuem atividades para crianças de 6-12anos.</p>
<p>II) Atenção especializada</p>	<p>CAPSi</p>	<p>*Falta um profissional de nível médio e um de nível superior.</p>
<p>III) Atenção de urgência</p>	<p>CAPS III</p> <p>SAMU</p>	<p>*Inexistente.</p> <p>*Sem informações.</p>
<p>IV) Atenção residencial de caráter transitório</p>	<p>Unidades de Pronto atendimento (UPA) 24h Pronto-socorro, entre outros.</p> <p>Residência terapêutica</p>	<p>*Sem informações.</p> <p>*Sem informações.</p>
<p>V) Atenção hospitalar:</p>	<p>Ala psiquiátrica infantojuvenil (no HI) (1 leito) HU</p>	<p>*Previsto em Florianópolis, mas em fase de seleção de projetos.</p>
		<p>* Em relação ao HI, a reforma foi paralisada em 2015, sem previsão de retomada. (Sem</p>



Fonte: Elaborada pela autora.

Sobre a constituição da rede de Florianópolis, nota-se a partir dos comentários acima que seus furos estruturais são consideráveis. As ausências são principalmente relativas à implementação de instituições de internação provisória, bem como dispositivos comunitários visando o convívio, lazer e integração social. Essas lacunas não são o único motivo para que a rede não funcione da forma como prevista. A partir dos dados de campo observam-se outros fatores que articulam diferencialmente essa rede.

A rede é um modelo que embora não hierárquico, deveria funcionar obedecendo a uma escala de complexidade. Isto é, das unidades básicas de saúde só deveriam ser encaminhados ao CAPSi, jovens com “transtornos mentais graves e persistentes” (BRASIL, 2011). Na prática, as profissionais do CAPSi se queixam de um encaminhamento automático, seja por conta da ausência de psicólogos (permanente ou temporária) em algumas unidades básicas, ou a partir de uma percepção equivocada de que o CAPSi é o local próprio ao encaminhamento de crianças e adolescentes com queixas envolvendo saúde mental. Isso, segundo me dizem, faz com que grande parte dos adolescentes estejam no CAPSi não exatamente pela gravidade de seus casos, mas pela disponibilidade e “reconhecimento” deste aparelho ante seus “sofrimentos”, como me fala uma profissional do CAPSi:

o CAPS está na história de vida desses adolescentes como o primeiro lugar em que eles falam do sofrimento. Eles pincelam algumas pessoas na família, com quem eles conversavam... ah, eu tinha uma tia com quem eu conversava”, “ah eu tinha uma professora e tal...” e o CAPS infantil funciona como um primeiro equipamento de saúde que de fato ouve eles e reconhece o sofrimento.

Os relatos das profissionais do CAPSi de Florianópolis convergem com o que outros estudos têm demonstrado: um movimento de ocupação desse espaço por transtornos emocionais e de conduta

(como depressão, agressividade e dificuldades escolares) e uma consequente “psiquiatrização e psicologização da infância e adolescência” (TAÑO & MATSUKA, 2015: 444) (SANTOS, 2006) (COUTO, 2001)(NAKAMURA, 2007). Além disso, tem-se como resultado uma concentração da demanda no CAPSi, que em 2016 trabalhava com uma lista de espera de aproximadamente trinta pessoas, que de uma entrevista inicial de “acolhimento” aguardavam para serem chamadas. Naquele momento, as profissionais buscavam avaliar as novas entradas no serviço a partir do “risco” e da possibilidade de encaminhamento para rede básica, ONGs, etc. A possibilidade da família do jovem fazer uso de um serviço particular também era avaliada, num espírito estatal desvalido que precisa se focar nos mais pobres (PEREIRA & TEIXEIRA, 2013).

Ainda sobre as fragilidades estruturais da rede de saúde mental para jovens de Florianópolis, observa-se ainda que a situação mais delicada diz respeito ao atendimento à crise ou em “sofrimento intenso”²⁶ (como decorrentes do autismo e esquizofrenia), seja em surto ou em momentos em que seria indicada uma internação provisória. Pois atualmente quase não há vagas para esse tipo de demanda em Florianópolis. O modelo majoritário de atendimento nesses casos ainda responde a uma lógica ambulatorial, que tem se comprovado insuficiente (COUTO, 2001).

Para casos em que seria necessária uma internação, a única possibilidade que atende a recomendação da política nacional de saúde mental infanto-juvenil atualmente está situada na cidade de Joinville, no Hospital infantil Dr. Jeser Amarante Faria (HJAF). Este hospital é o único hospital no estado de Santa Catarina que possui leitos psiquiátricos para o público infanto-juvenil. Entretanto, dos quinze leitos, até o início de 2018, apenas seis estavam ativos. A outra possibilidade de internação, acontece - com ressalvas - no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HI) e no Instituto de Psiquiatria de Florianópolis (IPQ). É necessário especificar melhor o que estou colocando como ressalvas.

Após uma série de denúncias sobre conflitos envolvendo pacientes e funcionários na ala psiquiátrica, o Hospital Infantil Joana de Gusmão sofreu uma denúncia do ministério público em 2012 por conta da situação “improvisada” do setor (TORRES, 2012). Desde então, foi estabelecida a realização de uma “reforma”, cuja obra está paralisada

²⁶Uma lacuna comum na rede de saúde mental infantojuvenil brasileira, segundo a revisão de Taño & Malsukura (2015).

desde 2013²⁷. De modo que ao tempo da pesquisa (2015 e 2016) o hospital (oficialmente) não aceita internações, já que alega não possuir uma equipe mínima e estrutura compatível “para pessoas agressivas e com risco de suicídio” (relato da enfermeira responsável pelo setor). Conforme visitas ao local e conversas com profissionais que lá trabalham, isso significa que não possuem controle sobre fugas, controle sobre as janelas, materiais cortantes e qualquer atividade terapêutica que não seja a medicação. Ainda assim, interna-se em dois casos: quando as profissionais do HI avaliaram que “o risco de vida justifica o risco da falta de estrutura adequada para a internação”; numa lógica que considera o que é “menos pior para o paciente”²⁸. E ainda assim, internam-se só os “bonzinhos”, como me diz Léa, psiquiatra do HI. Isto é, em hipótese alguma se admite pacientes considerados agressivos, ou que apresentem risco de fuga, risco para a equipe e para os demais pacientes do hospital.

A segunda possibilidade de internação é por ordem judicial. A internação nesse caso será feita no Hospital Infantil e Instituto Psiquiátrico Catarinense - IPQ (antiga Colônia Santana), a pesar de ambos os locais não cumpram as condições legais para a internação de adolescentes. Pois em relação ao IPQ, a impossibilidade se daria com relação ao que prevê o ECA: o local não possui uma ala separada para “adolescentes” (eles ficam junto com os adultos), assim como pela impossibilidade da permanência de um dos pais como acompanhante (muito menos em tempo integral)²⁹.

²⁷Prevista para dezembro de 2013, mas paralisada até o presente ano. Segundo fonte do Ministério público de Santa Catarina “desde 2012, entre as prioridades do Plano Operativo da Rede de Atenção Psicossocial da Grande Florianópolis está a criação de 16 leitos para tratamento de transtornos mentais no Hospital Infantil. O pré-requisito para a criação dos leitos seria uma reforma na área do hospital, financiada por verbas do Projeto QualiSUS, do Ministério da Saúde. O Plano Operativo foi aprovado ainda em 2012 pela Comissão Intergestores Bipartite e pelo próprio Ministério da Saúde. Conforme acordado entre as entidades, os leitos deveriam ter sido disponibilizados até dezembro de 2013. Mas o prazo não foi cumprido, pois a reforma no hospital ainda não foi realizada” (MPSC, 2014)

²⁸ Para cumprir esses quesitos, me citam situações bastante graves, como o último caso admitido, um jovem em estado de “catatonia” que a família “desesperada” não conseguia fazê-lo tomar os medicamentos e nem se alimentar.

²⁹Sobre a permanência de acompanhantes, assim consta no art. 12 do ECA: “Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de

Em geral são jovens com problemas de abusos de drogas que mais acedem ao critério judicial. Em relação a estes, além de HI e IPQ é recorrente o encaminhamento para comunidades agrícolas isoladas para adictos, com viés de tratamento pedagógico-religioso, sejam estas filantrópicas ou particulares, indenizadas pelo Estado. Esse agenciamento da rede pelo judiciário nos parece fundado em intenções assistencialistas e higienistas, onde o paradigma da resolução de casos individuais incide numa falta de protocolo quando não em equívocos quanto à melhor modalidade de tratamento. No limite, lembro especificamente do que me diz um funcionário do IPQ, sobre a internação no local de um jovem com “síndrome de *down*” cujo “comportamento libidinoso” incomodava a família. Esta última, a partir da insistência e de uma rede de contatos influente, conseguiu um mandato para internação. Uma ação que remete às antigas formas de institucionalização de deficientes, bem como à histórica confusão entre problemas psiquiátricos e deficiência; tratamento e exclusão - especialmente quando se trata de infância e adolescência.

De modo operacional, a proposta de rede funciona junto à ideia de apoio matricial. Segundo o guia organizado por Chiaverini (2011) apoio matricial é “um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações” (CHIAVERINI, 2011: 14). A solicitação de matriciamento consiste portanto, num dispositivo de “retaguarda especializada” (CHIAVERINI, 201: 14). Este visa congrega numa mesma ou diferentes instituições o “(...)encontro entre distintas perspectivas, obrigando os profissionais a comporem projetos terapêuticos com outras racionalidades e visões de mundo” (CAMPOS & DOMITTI, 2007: 405)³⁰. Entretanto, entre diferentes instituições de saúde mental há modalidades diferentes de atendimento. Com relação aos postos de saúde, o espaçamento entre as consultas era de três em três meses enquanto o CAPSi funciona num modo mais intensivo. Além disso, há uma já reconhecida “dificuldade epistemológica” (CAMPOS & DOMITTI, 2007). Esta é, por exemplo, relacionada às diferentes abordagens terapêuticas, que esbarram numa falta de consenso sobre o estado dos pacientes:

terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.” Conforme redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016.

Eu estou para descobrir o que é um paciente para o CAPSi Porque eu estou aqui, me pedem para avaliar um paciente, e nos casos graves, muitos são encaminhados ao CAPS e chegando lá, dizem que não é um caso para eles (...) há uma grande dificuldade de se encaminhar ao CAPSi. E lá... como tudo é comportamento cada um fala o que quer. E baseando-se numa simpatia de escolas de formação, um valida o que o outro diz.
(Léa, psiquiatra do HI)

O matriciamento pressupõe uma organização horizontal onde diferentes referenciais sobre saúde e doenças interajam de forma integrada. Em tese, a diversidade de abordagens terapêuticas não deveria ser um problema, ou melhor, deveria enriquecer o “projeto terapêutico individual” proposto (BRASIL, 2005b). Deveria ainda, dar a oportunidade para que o jovem fosse tratado em diferentes espaços de forma simultânea. Entretanto, ante a superlotação dos serviços³¹, há uma lógica de encaminhamentos e atribuição defensiva de responsabilidades (onde num serviço reclama-se da “má-vontade” do outro e vice-versa) que tornam incertos os caminhos a percorrer e desgastam a relação entre os profissionais.

Ações que extrapolam serviços “clínicos” regidas pelo princípio da intersetorialidade são uma das bases da política de saúde mental com jovens. Durante nosso trabalho de campo, percorremos algumas instituições (principalmente: CAPSi, HI, CREAS, IPQ) com a finalidade de melhor compreender como este conceito vinha funcionando no município de Florianópolis. A partir de diálogos com profissionais que trabalham nas referidas instituições, notou-se que há dificuldades de articulação e “expansão” do cuidado entre instituições, que além de tradições tão distintas estão organizadas para trabalhar de forma independente (COUTO, DUARTE & DELGADO, 2008). Essa dificuldade de articulação não raro resulta em ações desafinadas, como quando duas instituições trabalham com ações legalmente

³¹ À época deste estudo a fila de espera para atendimento psiquiátrico no ambulatório do HI que ultrapassava a ordem de quatrocentas pessoas. Segundo Léa, psiquiatra, os atendimentos tem se concentrado nas reconsultas e quase não há vagas para novos pacientes. Para estes, ela tem que dedicar uma grande parcela do seu trabalho numa busca ativa de alternativas de atendimento.

recomendáveis, mas ocasionalmente conflitantes, em relação a um mesmo paciente³².

Em relação à intersetorialidade, a falta de vagas e programas que envolvam adolescentes é um problema real. Nos programas comunitários de prevenção instituídos pelo governo federal só um é voltado aos adolescentes, o “Programa Famílias Fortes”, que objetiva fortalecer os vínculos familiares e evitar o uso de álcool e drogas (FIOCRUZ, s/d). Esse programa até o presente momento só funciona no centro de convivência do bairro da Tapera. Os profissionais das referidas instituições também reclamam da escassez ou descontinuidade de programas de estágio e primeiro emprego ordenados pelo poder público.

Ainda sobre a intersetorialidade, houve o empecilho do “vínculo”. A saber: jovens que vinham encaminhados do judiciário para instituições de saúde. Pois segundo as profissionais do CAPSi e HI há algo que se perde quando os pacientes bem adaptados à determinada lógica mudam de instituição. Dos pacientes encaminhados pelo judiciário, há uma idéia de tratamento como extensão da punição do juiz e, portanto, não há adesão. Dos pacientes saídos destes estabelecimentos (CAPSi e HI) para outros níveis de complexidade (como postos de saúde), a demora para o agendamento de consultas resulta numa “dispersão” correlata.

Em relação ao que é informalmente chamado no CAPSi e HI como “pacientes do judiciário” (jovens em regime de liberdade assistida que necessitam de atendimento em saúde mental) é necessário deter-se um pouco mais. Neste caso, além de um “problema de vínculo”, presume-se que ocorre ainda, uma demanda invisível. Diz-se isso a partir do modo como funciona o serviço de psicologia do CREAS/LA. Este consiste na aplicação de um formulário³³ - destinado a informar o juiz - em que fica aberta ao jovem, caso decida, a possibilidade de expor conflitos que possam ensejar despreparo em se reabilitar. E numa entrevista destinada a informar o juiz, a suposta “escuta qualificada” em

³²Conforme um caso que observamos, em que a assistência social trabalhava com o conceito de “família ampliada” (BRASIL, 1990: art.25) e o CAPSi recomendava ao juiz abrigo, por conta da família não dar as medicações.

³³O “PIA” (Plano individual de atendimento), se resume ao preenchimento de quesitos sobre a situação socioeconômica da família, escolaridade, experiências de trabalho, recebimento ou não de benefícios. E onde a “saúde” é indagada como mais um item e de forma genérica.

saúde mental (envolvendo vínculo, confiança mútua e sigilo (BRASIL, 2001: 118)) torna-se impraticável. Das profissionais que trabalham com esses jovens, o relato é sobre dificuldades de encaminhamento ou matriciamento por conta do estigma institucional e da falta de profissionais e vagas. Neste sentido que Regiane, psicóloga do CREAS/LA, relata o que seria uma conduta comum de “encaminhamento implicado” e atendimento intersetorial:

A gente costuma ligar para o CAPSi e pedir um estudo de caso, explicar a situação, não somente encaminhar: vai prá lá, né, tipo, a gente dá o papel de encaminhamento mas a gente faz o contato antes, explica a situação: “adolescente tal, ele está em acompanhamento aqui, ele tem uma medida, mas apresentou isso, será que não seria o caso...? Daí eles tem lá uma abertura para acolhimento mas também podem agendar, mas eu vejo que é complicado, muito preconceito... E eu não culpo os técnicos, até porque as pessoas tem medo, né, acham que É um público que é, extremamente assim, negligenciado pelo poder público, então acaba estourando aqui (...) O encaminhamento para o CAPSi e CAPS II é muito difícil, o CAPSi eles praticamente se focam mais na criança, tá, com transtorno de déficit de atenção... Tem muito pouca coisa para adolescentes, muito pouca, os adolescentes ficam num limbo, assim, sabe. Eles tinham um grupo agora há pouco tempo, mas acaba não abarcando, porque o CAPSi é muito pequeno para a quantidade de caso grave que tem, né. E o posto de saúde não tem psiquiatra. (Regiane, profissional do CREAS/LA)

A proposta intersetorial e em rede na gestão das políticas de saúde mental infanto-juvenil, se legitimam nas noções de cooperação e baixo custo, que incrementa a parceria com setores privados, ONGs e serviços de voluntariado e de auto-ajuda (PEREIRA & TEIXEIRA, 2013). No documento sobre clínica ampliada, essa menção se dá em razão de “um compromisso ético profundo” para uma atenção individualizada e resolutiva, que ativamente busca “novos pactos sustentáveis” para com isso “abrir inúmeras possibilidades de intervenção”. (BRASIL, 2007: 7-13). No que observei, com visitas a

diferentes instituições e conversas com profissionais e jovens, isso se traduz numa insuficiência assistencial que faz com que se perpetue a histórica lógica de institucionalização privada, (neo)manicomial, filantrópica e de caráter espontaneísta, como o voluntariado. Portanto estou de acordo com a tese de Pereira e Teixeira (2013) de que intervenção em rede e de modo intersetorial nas políticas sociais configuram um gênero de proteção social resultante do avanço das reformas neoliberais, que têm como corolário “*o pluralismo de bem-estar social em substituição ao Estado de Bem-Estar Social.*” (PEREIRA & TEIXEIRA, 2013:115, grifo nosso).

O novo modo de gestão em rede, legalmente difundido pelo discurso da aliança, humanização, integralidade e resolutividade (BRASIL, 2007) tem tornado o acesso ao serviço de saúde mental incerto aos jovens. Com um campo pouco mapeado (mas principalmente) pela dramática escassez de vagas; o trabalho em rede, na prática, pode ser exemplarmente condensado na cena de profissionais em vários e longos telefonemas e com a sensação de culpa por não conseguir fazer muito³⁴. Além disso, as diferentes tradições institucionais e a “barreira epistemológica” (CAMPOS & DOMITTI, 2007), fazem com que a rede se estruture não necessariamente pelo acesso ao cuidado horizontal e multiprofissional, mas com muita frequência, por uma seleção indireta da demanda (só os “bonzinhos”) e encaminhamentos hierarquicamente organizados pelo judiciário.

Compreender esse panorama da saúde mental infantojuvenil em Florianópolis é importante para situar o contexto legal, discursivo e operacional em que se desenvolvem as atividades terapêuticas do CAPSi, que serão abordadas no capítulo seguinte. O CAPSi como um lugar em que atenta para sofrimentos familiares e atua com jovens eminentemente *em risco*.

³⁴Algumas frases transmitidas em contexto de conversas entre as profissionais do CAPSi e HI condensam essa questão: “Não temos retaguarda da atenção básica”; “abrigo tem que atender essas pessoas, mas a assistência diz que casos de saúde mental é para a saúde mental”; “eu já não me culpo mais por ter que colocar em lista de espera, não tem como atender todo mundo”; “eu queria ser paga para atender as pessoas e não ficar três horas ao telefone procurando vagas para cada caso. E no fim acabo instruindo os pais para procurarem a justiça.”

2 FREQUENTANDO O CAPSi

Este capítulo traz uma abordagem etnográfica do CAPSi, a partir das observações do espaço, das práticas, dos discursos e narrativas de profissionais e pacientes/usuários. Começo descrevendo meu acesso à instituição e uma terapia de grupo para adolescentes que acompanhamos semanalmente por três meses. Nesse processo etnográfico enfatiza-se as narrativas dos profissionais do CAPSi e os princípios terapêuticos que orientam suas práticas. O que guiou a escrita desse capítulo foi mostrar algumas contradições e dilemas do tratamento no CAPSi, como o processo diagnóstico numa clínica psicossocial que se constrói a partir de uma posição crítica à tipificação biomédica e a psiquiatrização das experiências.

As contradições abordadas nesse capítulo, não são usadas como forma de demérito ao trabalho das profissionais, mas evidenciam como estas se situam num terreno de disputas. Isso porque apesar da existência de protocolos oficiais, estes permitem alta margem para experimentação, tornando paradigmáticas as experiências locais bem sucedidas. De fato, e como já mostraram Andrade & Maluf (2014) e

Fonseca (*et al.*2007), a Reforma Psiquiátrica é um campo em construção onde coexistem diversas configurações teóricas e terapêuticas³⁵. Assim, discorro sobre o contexto institucional do CAPSi como possibilidades práticas não necessariamente prescritivas mas que mobilizam relações de força entre diferentes pressupostos sobre sofrimento juvenil e formas de mitigá-lo. Sobre estas abordagens de cuidado, penso que convivem entre contexto e agência, entre resistência e consentimento (COMAROFF, 1985); entre princípios terapêuticos e respostas dos jovens “usuários”.

2.1 CHEGANDO AO CAPSI

Com a pesquisa autorizada pelo CONEP e pelo comitê de ética da Secretaria de Saúde Municipal, me dirijo ao CAPSi e procuro pela coordenadora, uma psicóloga. Esta, num contato prévio, já havia ganhado uma cópia do projeto e fazia um papel de intermediária entre mim e as profissionais responsáveis por cada uma das atividades desenvolvidas no local, as quais eu gostaria de participar. Disse-me que ela iria consultar a profissional de algumas atividades passíveis de observação (o que excluía as consultas clínicas e atividades com demasiada gente “de fora”, como os estagiários) e me traria as respostas numa próxima reunião. Conforme ia recebendo as negativas, foi ficando mais nítido que a existência de uma pesquisadora, sem uma utilidade imediata e interessada em observar o maior número de atividades soou como um fardo naquela estrutura tecnicamente orientada³⁶. Outras pessoas tomadas como “de fora” eram os estagiários, mas no caso dos últimos pode-se perceber que podem assumir certas atividades (como oficinas), sendo então bastante úteis num quadro deficitário de profissionais.

Apesar do desapontamento com as dificuldades de acessar o campo, o que me causou surpresa foi saber que a minha presença por conta de um propósito considerado “vago” e de um interesse difuso, era considerada contra-terapêutica em vários aspectos. Pois além das justificativas objetivas (como o já ter muita gente “de fora”, o que

³⁵ Sobre isso pesa ainda a observação de Fassin (2004), acerca da impossibilidade de lidar com uma noção de saúde pública preexistente. Trata-se de configurações plurais que se alternam em cada contexto social e numa reconstrução diária e local de práticas.

³⁶ Sobre o papel e *status* do conhecimento técnico na estrutura burocrática, Ver Weber “A situação do funcionário.

poderia inibir os usuários) as explicações rápidas e levemente irritadas também incluíam valores menos óbvios, como a “intimidade da equipe”, por exemplo, que precisava ser protegida do olhar de terceiros. E que por isso inviabilizaram que se assistisse as reuniões num primeiro momento: “Sabe, durante essas reuniões às vezes ocorrem momentos de desabafo, as profissionais se expõem muito!”; “É um momento muito da equipe...”. Fiquei pensando no óbvio paralelo desses momentos com o contrato de confiança que pressupõe uma terapia psicológica. Abrir um pouco da “intimidade” implica ao menos a fantasia ou esperança que isso a traga um bem maior. Que literalmente valha à pena. É parte do contrato psicoterapêutico da clínica que aparentemente havia se propagado como um valor institucional. No meu caso, parecia não haver essa fantasia. A relação com o pesquisador depende de uma de natureza diferente: entender que o que está sendo feito é importante, que seja útil. O que nem sempre é óbvio ou possa ser defendido sem equívocos. Em parte, pelo caráter isolado da academia, mas principalmente por um tipo de conhecimento que não coaduna necessariamente com o imperativo de eficiência da administração pública.

Decidi começar então entrevistando as profissionais e, conforme isso ocorria, conversar novamente sobre a possibilidade de acompanhar alguma atividade. Essa esperança se concretizou lá onde menos esperava, quando entrevistei a psiquiatra. Sobre isso, preciso situar que ela foge um pouco do perfil dos psiquiatras que atendem nos serviços públicos de Florianópolis, na maioria bem alinhada à tradição biomédica e que costumam perceber os antropólogos como críticos antagonistas. Conforme conversávamos, ela me dizia sobre sua impressão do fundamento “social” do “sofrimento dos jovens” que atendia e cujas “histórias de vida” foram objeto de uma dissertação na área de Saúde Pública. Sobre a sua atividade no CAPSi, comenta que embora considerasse a prescrição de medicamentos uma ferramenta importante, considerava-a como eventualmente excessiva: “o que acontece é que se tivéssemos uma terapia semanal para todo mundo, possivelmente daria para se prescrever bem menos medicamentos”. Esse anseio em fortalecer uma abordagem “psicodinâmica” culminou na sua opção por dividir-se entre as consultas individuais e o acompanhamento de num grupo de terapia, coordenado principalmente por uma psicóloga. Após a promessa de um “lobby positivo” junto à última, acertamos que eu assistiria às sessões da terapia de grupo por três meses.

2.1.2 Por dentro de um CAPSi

O serviço do CAPSi funciona das 9h-18h, numa casa de dois andares adaptada, alugada pela prefeitura e próxima ao centro da cidade. O imóvel possui uma ampla sala de recepção repleta de poltronas longarinas, mas também equipada com brinquedos e uma mesinha de desenhos para entreter as crianças que esperavam (raramente sentadas) o começo de alguma atividade. As cortinas são decoradas com flores de fuxico, provavelmente oriundas das oficinas de artesanato e nas paredes estão afixados alguns desenhos feitos por crianças cujo tema era o CAPSi. Um grande décor mural dispõe alguns avisos de utilidade pública como cursos profissionalizantes oferecidos pela prefeitura, informações sobre horários dos ônibus e locais de entrega de medicamentos. Na ocasião havia também uma folha impressa com uma notícia da OMS que indicava a depressão como principal causa de doenças em adolescentes. Sobre o balcão do atendente também havia um pote de camisinhas, como nos outros estabelecimentos de saúde de Florianópolis e folders sobre o CAPSi. Ao adentrar ao local, a impressão é que sim, se trata de uma instituição de atendimento infantil, por conta dos desenhos nas paredes, como também fica nítida uma configuração de consultório, por conta da clara separação entre ambiente de espera e de terapia.

Na recepção, além dos pacientes e seus pais também encontramos os poucos profissionais homens do serviço: os auxiliares administrativos (cada um num turno) e o segurança (terceirizado, assim como as funcionárias da limpeza). Noto que estes possuem um trato afetuoso com os pacientes e com as “mães” (como chamavam as mulheres, supostamente...) com os quais interagem frequentemente, dado o caráter intensivo do serviço. Outro aspecto marcante é um estilo de interação paciente e atencioso com as crianças e adolescentes. Num dos dias que aguardava na recepção o segurança - um homem que deve aproximar-se dos dois metros de altura - não hesita em puxar um banquinho para sentar-se desajeitadamente ao lado de uma criança. Enquanto a criança se esvai em gargalhadas, este sinaliza ao atendente que imprima dois moldes para desenho. Esse gracejo do segurança faz parte de um tipo de interação carinhosa prevista com os “pequenos”, num esforço de dar um contorno de leveza à sociabilidade local. Entretanto a atividade de segurança também pressupõe momentos menos descontraídos. Certo dia em que a recepção estava vazia, procurei puxar assunto perguntando um pouco sobre momentos críticos, como contenções de pacientes, durante o tempo de serviço no CAPSi. Mas ele desconversou: “É bem difícil

acontecer alguma coisa aqui, assim, mais grave.” Parecia estar ciente que seu papel de segurança deveria estar subordinado a uma atmosfera “amena” e acolhedora, buscando ativamente uma postura mais simpática do que a de representante de uma ordem repressiva.

Adentrando a porta da recepção, tem-se uma sala para oficinas artísticas uma sala para atendimento clínico, um espaço com mesa e cadeiras um frigobar e um bebedouro - onde ocorrem lanches ao meio dia e às 16h. Ao lado, fica a sala de descanso das profissionais onde também ficam os computadores, arquivos e prontuários e que normalmente fica fechada. Nos fundos do imóvel há um pequeno pátio e uma garagem que foi habilmente transformada em oficina de artes, onde em torno de uma grande mesa observam-se algumas telas penduradas e estandes onde ficam dispostos os materiais de pintura. No piso superior há ainda uma sala para atendimento individual, uma pequena enfermaria e uma sala para atividades de grupo com pufes e almofadas que servia tanto à terapia de grupo como às oficinas de dança.

O CAPS é um serviço de média complexidade, que na rede de saúde mental prioriza a gravidade dos casos. Mas o que exatamente é considerado um caso grave? Estes estão reduzidos a tipos diagnósticos? Guiando-me por estas questões procura-se a seguir descrever como é o processo de avaliação para aceitação de um jovem no serviço, iluminando alguns dos critérios utilizados pelas profissionais.

2.1.2 Avaliando e selecionando novos casos: sondando jovens ameaçados.

A chegada de um jovem no CAPSi pode ser dar voluntariamente ou por encaminhamentos feitos pela rede de atenção primária ou outras instituições (ver cap. 1). Adentrando ao serviço sozinho ou acompanhado de familiares, conselheiros tutelares, etc., ele passa por um “acolhimento” inicial. Essa é uma situação de dois a três encontros em que alguma profissional o atende individualmente e escuta sua queixa. Nesse momento e devido à superlotação do serviço, as profissionais observam se o caso deve ser atendido prioritariamente, se vai para a fila de espera ou se é encaminhado à outra instituição. Em casos de dúvida ou aceitação, o processo diagnóstico incluía mais oito encontros onde se elaborava uma hipótese e recomendava-se um projeto terapêutico individual.

Como não fui autorizada a participar desses momentos de acolhimento, observei um pouco como eles aconteciam a partir do

acompanhamento das discussões sobre os novos casos durante as reuniões técnicas. Abaixo reproduzo o modo de apresentação de alguns desses momentos, o que nos dá elementos para refletir o modo de triagem e avaliação no CAPSi. O modo variável (mais ou menos sumário) como os casos são apresentados nas reuniões, além de buscarem um maior aproveitamento do tempo remete à dificuldade de adequação aos elementos de triagem. Ou seja, havia casos de mais fácil conclusão assim como outros tratados com um pouco mais de detalhes, que pareciam ambíguos e impunham a necessidade de ouvir o parecer das outras profissionais. Em segundo lugar havia a modalidade de relato: casos que já haviam sido tratados previamente ou que se referiam a atendimentos em andamento, tendiam a ser mais concisamente apresentados.

(CASO 1)

- Atendi a Camila, 12 anos, Campeche. Caso foi encaminhado erroneamente. Caso de deficiência intelectual... Foi para a APAE.

(CASO 2)

(A) - Lana, 14 anos, Ingleses. Estou vendo com Suzete (psicóloga do CRAS). Ela tem uma história trágica, mas acho que não seja caso para o CAPSi. ...Bem articulada...

(B)- Ver a escola, se vai?!

(Anota no prontuário). Então, eu avaliei. Ela não tentou se matar, estudou bem as medicações.

(CASO 3)

(A) - João, 7 anos e 11 meses, Jurerê. Faz acompanhamento com psiquiatra particular, que encaminhou para neurologista do HU e que encaminhou para psiquiatra daqui. Vi no prontuário que somatiza bastante: urticária, dermatite... Problema de fala, já fez acompanhamento com fono... [fonoaudióloga] Depois não conseguiu mais atendimento.

(B) - Não parece caso pra gente. Somatização... Acho que Vânia [da equipe da saúde básica] pode...

Desses casos observa-se que a análise que determina um ingresso ou um encaminhamento baseia-se primeiramente na pertinência da demanda. Sobre isso observa-se (caso 1) a necessidade de separar questões historicamente confusas na assistência de crianças e jovens: questões de saúde mental e deficiência. Ainda sobre esse quesito nota-se também uma espécie de cálculo, sobre a possibilidade de se receber tratamento em outra instituição (caso 3). Outro fator que determina a aceitação de um paciente baseia-se num cálculo interpretativo da profissional sobre se o jovem estaria numa situação de risco. O caso 2, acima, por exemplo, nos passa a impressão de uma adolescente astuciosa que estudou as medicações para encenar um suicídio, com finalidade outra que a própria morte. Logo o risco parece atrelado a dois quesitos. Primeiro articula-se a uma cena de violência, como por exemplo, a mutilação, o suicídio, o abuso de drogas ou abuso sexual. Em segundo, avalia-se o papel do jovem nessa cena, se é compatível com uma disposição passiva. Ou seja, o que ganha destaque nesse processo interpretativo é uma tendência em investigar se o jovem é realmente uma vítima das suas circunstâncias adversas de vida, ou ao contrário, um manipulador hábil ou transgressor consciente. Isso reflete no grau de comoção que os casos suscitam nas profissionais, como vemos a seguir:

(CASO 4)

(A) - Larissa, 14 anos, veio de Ijuí (RS) e se automutila. Perdeu o pai num incêndio aos 8 anos. Viu pai pegando fogo e ainda sonha. Depois disso passou a viver na casa dos tios. Tem dois irmãos, de 25 e 22 que moram aqui. Conheceu menino no abrigo, se relacionaram lá sem camisinha. Depois foi pra casa de um dos irmãos. Ele a proíbe de ter celular, *whatsapp*, ouvir música (sic). Foi agredida por ele na quinta. Ela quer morar com outro irmão. Mas ele não tem emprego fixo, mora com outras pessoas.

(B) - Ela vai pra balada!

(C) - Tem que ver qual o significado de ela se cortar.

(CASO 5)

(A) - Carlos, Lagoa, 15 anos e pouco... Pena do menino!... Está tomando olanzapina³⁷ por conta dos sintomas paranóides: Isolado, tímido, inseguro, vítima de *bulling*. Vai a psiquiatra particular, Rogério. O psiquiatra não diz pra ele o que ele tem e ele se mostra angustiado com isso.

(CASO 6)

(A) - Glaumo, Ingleses, 15 anos.

(B) - Gente, que nome é esse!?

(A)- Veio por uma situação de bulimia. Perdeu padraço faz um mês. É adotado pela tia que tem depressão. (Ela) toma fluoxetina. Além desse nome ele também é estrábico! Isolado... Estou preocupada porque ele está magro. Ele fala que fuma maconha, mas acho que ele inventou para parecer mais... Pois não é possível, maconha abre o apetite!

Nem sempre os adolescentes atendidos no CAPSi são vistos como inocentes. Houve casos em que as profissionais narravam eventos de jovens usuários pegos com comportamentos reprováveis, como assediar a professora, deprestar no terminal de ônibus, plantar maconha no quarto. São situações que causavam ambiguidade nas profissionais e foram ocasião de chistes na reunião: “Acho que loucas somos nós que estamos aqui atendendo!” Mas a questão era, como se comentou sobre o caso 2, sobre a ingenuidade; se tinham ou não plena consciência do que estavam fazendo. A idade e certos diagnósticos tidos como mais alienantes, poderiam interferir na avaliação da conduta.

Sobre as circunstâncias desfavoráveis que impactam na identificação de um jovem em sofrimento, sobreleva-se a menção, por parte das profissionais, a organizações familiares “desorganizadas”. Isto é, famílias incapazes de tomar iniciativas e confusas na fronteira de papéis. Sobre isso, observa-se o relato sobre uma menina de 13 anos encaminhada do Hospital Infantil (HI) com queixa de que teria feito “ingestão de medicamentos”:

(...) Deprimida, com vontade de morrer, menina não quer ir mais para escola. Diz que é carma espiritual - a tia a convenceu. Tia é médium; vó é

³⁷Medicamento classificado como antipsicótico.

médium. Falou que ela fez uma mulher sofrer muito numa vida passada. Pai está morrendo de cirrose. Mãe usa álcool e cocaína de vez em quando com amigos do Rio Tavares. Diz que não gosta que a filha use maconha, mas admite que a filha às vezes frequenta rodinhas de maconha junto com ela e amigos. Mãe tem fobia e não sai de casa. Menina não aguenta mais a família porque eles bebem muito. (Profissional do CAPSi)

Nesse caso, a demanda de atendimento foi acolhida, com a sugestão de encaminhar a mãe para terapia familiar. A percepção das profissionais é que esta não estava conseguindo identificar e exercer seu papel de forma contundente: “Não quer que a filha fume maconha, mas estava com ela na rodinha de amigos!”. Os pais que não se portam de maneira adequada em relação aos filhos, que não conseguem se organizar provendo cuidado e segurança; delinham um foco problemático. Para as profissionais eles expõem os filhos a uma situação marginal. Uma solução para isso foi a criação de um “grupo de cuidadores”, tendo como mote de que a família é um *ambiente privilegiado de estruturação emocional*:

O núcleo familiar, independente se é pai ou mãe, mas é um fator que estrutura muito emocionalmente a criança. A escola é mais um, há as outras instituições também, enfim, mas ali, na família é muito forte, é o principal. Então uma mãe que é desiq... ou que é muito nervosa, agitada, que não consegue dar afeto... O pai que é alcoolista, eu vou pegar só essa criança e esse adolescente pra tratar, pra tentar sobreviver a isso... Vai tentar sobreviver, aliás, ela já conseguiu sobreviver muito, mas entrou no sintoma, digamos, entrou num lugar que é... Não é patologicamente... Eu não gosto muito de usar essa palavra... Mas ela já apresentou sinais de dificuldades no ambiente dela.

(Sílvia, profissional do CAPSi)

Uma breve nota sobre o “grupo de cuidadores”, que dá pistas sobre algumas características confluentes na estrutura das famílias

encaminhadas. Ele foi idealizado para atender pais e mães de usuários, mas frequentemente atende mães e avós. Isso acontecia porque eram elas “que acabavam se responsabilizando” do cuidado com os filhos, me fala uma psicóloga. Quando indago sobre isso ela alude à tradicional divisão sexual das tarefas. Mas também ressalta como nestas famílias é característica a ausência paterna. Sobre isso nota como essa ausência não é necessariamente física: ora são pais “fracos”, “alcoolistas”, exemplifica.

Esse panorama remete aos estudos de Claudia Fonseca (1995) (2000) sobre o padrão matrifocal e extenso das famílias brasileiras de classes populares. Estas, a partir de uma lógica de busca por redes de ajuda mútua para a criação e disciplinamento dos filhos, aportam com o mesmo propósito de maneira mais frequente na rede pública (SCHUCH, 2013). A constatação recorrente dos profissionais, da presença desse tipo de organização familiar, mesmo que estejam bem alinhados ao discurso da pluralidade das formações familiares, pode chamar atenção, como uma possível forma patológica e de “fragmentação” de um tipo de família conjugal.

O CAPSi funciona em várias modalidades de atendimento. Algumas são agendadas, como as consultas médicas com a psiquiatra, a neuropediatra e a sessão de terapia individual com a psicóloga. Estas ocorrem de forma similar as que são encontradas fora daquele espaço: numa uma pequena sala, onde separados por uma mesa ou em poltronas alinhadas, ficam a sós profissional e paciente. Outras atividades ocorrem em sessões fixas semanais. Destas, as que ocorriam ao tempo da pesquisa, eram: a terapia de grupo para adolescentes; a oficina de corpo e movimento (que mistura técnicas de relaxamento e consciência corporal) e a oficina de desenho.

2.2 SEGUINDO UMA TERAPIA DE GRUPO PARA ADOLESCENTES

As terapias de grupo são uma opção de tratamento descrita como politicamente estratégica nos serviços de saúde mental brasileiros reestruturados pela Reforma Psiquiátrica, pois permitem a “interação social” entre sujeitos descritos como historicamente isolados da sociedade (BEZERRA JR, 1992). Bezerra Jr. se refere a um tipo de isolamento, sobretudo de adultos que sofrem de “transtornos psicóticos”, só recentemente desiludidos no Brasil e que por inúmeras razões ainda encontram dificuldades para interagir socialmente fora de contextos institucionais. Um contexto de vida bastante diferente dos

jovens sujeitos dessa pesquisa, que na maioria frequentavam a escola e viviam com suas famílias. Em todo caso esses sujeitos eram também concebidos como isolados, uma vez que eram frequentes as queixas (deles mesmos ou de seus familiares) de terem dificuldade em fazer amigos e mesmo de falta de motivação para conviver com outros adolescentes. Na escola, muitos se queixavam de sofrer *bullyng* e alguns tinham condutas de auto-agressão. Desse modo, uma das idéias é que um grupo de terapia lhes poderia mitigar a sensação de isolamento, permitindo-lhes partilhar seus sentimentos uns com os outros, propiciando um clima de conforto que lhes faltava nas suas relações cotidianas.

O estímulo à participação no grupo implicava, todavia, num manejo das diferenças que foi enunciado como um “desafio” pela coordenadora. Ela me diz isso após uma sessão em que ficam evidentes como as narrativas dos meninos em relação à sexualidade são muito mais conservadoras que as das meninas do mesmo grupo; causando constrangimentos morais irreconciliáveis. Adiciona-se a isso certa obstinação dos jovens em defender seus pontos de vista e pode-se fazer uma idéia das contendas em questão. Representações de gênero, preconceitos raciais e de classe eram reconhecidos pelas profissionais, mas a maneira de lhes gerir não eram óbvias e implicavam um equilíbrio delicado entre técnicas, moralidades e premissas institucionais.

2.3.1 Descrição de uma sessão

Sala de espera do serviço de saúde mental infanto-juvenil, 10h30. Foi ali que encontrei por três meses, entre junho e setembro de 2015, os frequentadores do grupo de psicoterapia para adolescentes, voltada a jovens de 13 a 18 anos. Nela observei adolescentes que chegavam portando fones de ouvido e que de relance podiam antecipar a saudação do atendente, sinalizando uma conduta que se repetia há algum tempo. No entanto, após sentarem-se nas poltronas da sala de espera os modos eram de reserva: guardando distância uns dos outros e voltando o olhar para a televisão que estava sempre ligada, ou para o celular.

Goffman (1982), quando escreve sobre domínio da “ordem interacional”, examina detalhadamente a circunstância da co-presença, assinalando como as pessoas demonstram, dissimulam ou se protegem do envolvimento afetivo e cognitivo. Com isso me indagava sobre o semblante de indiferença dos adolescentes do grupo e do porquê raramente se cumprimentarem.

Em espaços públicos ou semi-públicos, como é o caso de uma sala de espera, pressupõe-se que as pessoas ajam com reserva, uma vez que entre desconhecidos ou conhecidos os quais não se tem intimidade. Nesse sentido os adolescentes do CAPSi pareciam adequados, contrariando qualquer expectativa de condutas impróprias, que poderia se esperar de pessoas diagnosticadas com algum transtorno psiquiátrico. Como por exemplo, a experiência que vivo na sala de espera do CAPS adulto, quando um homem que via pela primeira vez senta-se ao meu lado e deita a cabeça sobre meu ombro. Essa cena é significativa no que tange à relação de proximidade, e o inverso da falta de engajamento esperado entre os adolescentes do CAPSi, levando em conta que eles já se conheciam e freqüentavam o mesmo programa há meses. Então, para resumir essa questão, não compreendia se se tratava de dissimulação, proteção de “envolvimento” (GOFFMAN, 1982), timidez, ou ainda um comportamento “blasé” típico da juventude, quando a perda de controle sobre as transformações corporais retornaria como um superestímulo à retração e à auto-vigilância³⁸.

A espera terminava em torno do horário marcado para a sessão, quando uma das coordenadoras aparecia na porta que separa a recepção dos demais espaços do CAPSi, e num relance analisa o que seria a presença de um número suficiente de adolescentes. Esse bom número, que variava também em relação à presença mínima de alguns dos membros mais dispostos a falar, era indicado numa discreta chamada coletiva (“Vamos?”), acompanhado de um sorriso controlado, característico do código clínico. Dali seguiam em silêncio até uma sala do piso superior, onde pufes e almofadas estavam dispostos em círculo. Esse ambiente sugeria um estado de relaxamento e devaneio, e nesse sentido servia como um dispositivo para uma conversa franca e despojada de censura. Essa atmosfera também remetia à intimidade, pois ficavam frente a frente uns com os outros, forçando a troca de olhares.

O grupo de terapia possuía doze frequentadores esporádicos e como nas outras atividades de grupo do CAPSi, era misto: cinco meninas e sete meninos. Estes eram todos provenientes das classes trabalhadoras e dos baixos estratos da classe média brasileira. Minha entrada no grupo se deu em dois tempos. O primeiro após a autorização de ambas as coordenadoras, com a condição de que eu somente poderia observar, sem fazer nenhuma “intervenção”. Então me sentando num

³⁸Estendendo (talvez em demasia) a fórmula de Simmel (1973) para o que seria um senso comum da vivência nessa faixa etária.

dos pufes fui convidada a me apresentar e o fiz de acordo com o que combinamos previamente, como uma “pós-graduanda em Antropologia da UFSC”³⁹, que pesquisa o “sofrimento dos adolescentes”. Depois disso os adolescentes foram consultados se consentiam com a minha “observação” e todos responderam com algum grau de constrangimento que sim. Minha impressão é que apesar da breve explicação da Psicóloga, continuaram sem compreender o que era um antropólogo. E isso era de se esperar. Mais tarde, no fim de uma entrevista, um rapaz de 17 anos me pergunta se a Antropologia era também algum tipo de religião, ou ligada à maçonaria. Não era de espantar que os contornos borrados dessa disciplina fossem enigmáticos a ponto de compará-la com uma sociedade secreta. Entretanto, penso que a minha presença foi bem tolerada, considerando que nas primeiras sessões que assisti as falas foram relativamente abundantes.

A condição imposta pelas mediadoras para minha participação no grupo (“só observar...”) me parecia razoável. Mas à medida que foi sendo repetida foi se tornando também ostensiva, no que resolvi ponderar levando em conta o que de mais superficial existe no conceito de reflexividade: que o pesquisador mesmo que se esforce, nunca ocupará um lugar neutro. Foi assim que elas me esclareceram sobre o receio que tinham, de eu me comportasse como um antigo estagiário. Contaram do embaraço que o mesmo lhes causara, quando no decorrer da sessão de terapia de grupo, também falava das próprias emoções “igual aos adolescentes”. E acrescentam sobre a importância de manter certa postura, uma vez que os adolescentes “nos veem como adultos”. Essa explicação que no momento me caiu com naturalidade, dá a entender que além dos papéis de terapeuta e paciente, existia também (subjacente) o de adolescente e o de adulto. E ambos os pares contavam naquele tipo de “relação terapêutica”. Destes, há um que pode (e deve) mostrar suas emoções, e outros que estão lá como garantidores dessa possibilidade.

É interessante quando uma casual reivindicação de reflexividade (e tendo em mente seu sentido mais raso) faz emergir aquilo que de mais profundo guarda esse conceito - pressupostos sobre o pesquisador que não eram acessíveis até então. Além da complexidade de papéis faz emergir também o potencial perigoso da imperícia sobre *lugares e*

³⁹ Resolvi não mencionar minha graduação em psicologia, de forma que ficasse num patamar independente em relação ao das terapeutas e para que linguagem nas entrevistas com as mesmas não fosse reduzida com o uso de conceitos psicológicos.

funções implícitas, passível a desde bagunçar o *setting*, até gerar uma acusação de responsabilidade institucional pelo “surto” de um paciente. Algo a ser considerado quando falamos de jovens portadores de sofrimento psíquico - pessoas tidas como duplamente vitimizáveis⁴⁰.

O grupo era aberto, ou seja, a entrada de um novo membro não era restrita à formação de um novo grupo, assim como não havia um acordo sobre um tempo mínimo de permanência. Ele funcionava de maneira contínua, sem ser particularmente alvo de reflexão coletiva. Quando um membro se tornava recorrentemente ausente as profissionais procuravam saber o motivo e traziam notícias sobre aquele membro. Os dois afastamentos que observei foram relatados como (involuntários) incompatibilidade de tempo com outras atividades e uma lesão acidental na perna, que impossibilitava o deslocamento. A chegada de um novo membro era marcada pela sua apresentação (dando sempre preferência a uma auto-apresentação) no início da sessão. E no decorrer da terapia este também era encorajado a falar a contar um pouco da sua história, ou dos motivos que lhe trouxeram ao CAPSi.

O fechamento da sala marcava o início da sessão. Após isso estes eram encorajados a falar de seus sentimentos e experiências: “Mais alguém teve a experiência de... [sentir raiva; ter vergonha de dizer que toma remédio; sofrer *bullying*; não conseguir dormir à noite]?”. A dinâmica ocorria tanto espontaneamente entre os membros que comentavam uns o depoimento dos outros, ou davam exemplos de suas vivências particulares; como a partir de intervenções das coordenadoras. Estas se davam, sobretudo, para sanar comportamentos que contrariavam os princípios terapêuticos, e que trataremos adiante. A finalização da sessão ocorre com o aviso de que está próxima a hora de encerrar e com a pergunta sobre a impressão geral daquela sessão, de maneira a avaliar e tornar consciente o estado de espírito no momento de ir embora. Respostas curtas como “foi bom”, “estou bem” encerram ritualmente a terapia. Após isso sanduíches e frutas ficam disponíveis no local de convivência do piso inferior. Entre os que decidiam pelo lanche, observava os mesmos modos discretos de antes da terapia.

2.2.2. Princípios terapêuticos (auto-regulação reflexiva)

⁴⁰Cf. Sarti, a categoria de vítima requer a prévia identificação de alguma fragilidade intrínseca: “[...] mulher, criança, idoso. A tendência é reconhecer na figura da vítima alguém passível de sofrer o ato violento, por corresponder a um lugar definido de antemão como de vulnerabilidade. (SARTI, 2009: 89)

As terapias de grupo foram inicialmente concebidas para diminuir custos e elevar a eficiência e no CAPSi não foi diferente: Não há profissionais e nem estrutura suficientes para atender todos os adolescentes nos moldes da terapia individual. Então, não havendo uma recusa por parte do adolescente ou um risco de exposição moral avaliado pelos profissionais (como era um caso de um adolescente envolvido num caso de abuso sexual), a indicação da terapia de grupo era praticamente uma opção natural.

Há muitos tipos de grupos de terapia e igualmente variadas teorias sobre estes. Os mais conhecidos são aqueles que visam suporte para um grupo de pessoas que possuem um problema comum como os alcoólicos anônimos (AA), por exemplo. O grupo do CAPSi também tinha como premissa servir como um instrumento de apoio. E como quase todo apoio também visava alguma transcendência – como ressalta o adjetivo “terapêutico”⁴¹. Os membros tinham em comum experiências ou comportamentos, que embora bastante variados, eram tidos como “disruptivos”, que sugerem uma transgressão comportamental de normas sociais. Esses problemas de comportamento também haviam sido interpretados como de ordem médica-psíquica, razão que os conduziu até o CAPSi.

De acordo com a explicação que me fora dada, o grupo de terapia buscava estimular a “interação social” entre os jovens. Mas precisamos compreender por que falar sobre o “sofrimento” seria de antemão terapêutico, ou mais especificamente, qual seria seu valor para jovens antes descritos como “desmotivados”; “isolados”; “impulsivos” e “irritados”? Assim, por mais que para um observador externo as conversas que se dão no grupo terapêutico se pareçam com uma interação ingênua e espontânea, essa é uma atividade organizada em torno de regras, em geral “implícitas” (DURKHEIM 1995/2007).

Não há um guia sobre como conduzir um grupo terapêutico que compreenda todas as situações com as quais alguém irá se confrontar. Em alguns manuais existem uma listagem de “respostas típicas” (FEHR, 2010) e exemplos de frases e intervenções, entretanto a competência do coordenador é em grande parte genérica; depende da habilidade de incorporar um estilo de intervenção apropriado e que não prejudique a interação por torná-la demasiado forçada. Isso só acontece com o tempo, com o ganho de experiência prática. Nesse sentido defendemos que as terapias de grupo constituem um conjunto de técnicas exercidas de

⁴¹Ou seja, inserem-se em processos lógicos e contextuais, que a partir da identificação de um problema empreende um tipo de esforço para suplantá-lo.

modo contingencial, flexível e criativo. Cada grupo se renova de acordo com suas características intrínsecas, contexto e influências teóricas.

O aspecto inventivo presente em cada grupo terapêutico também é considerado em relação ao que promovem como desejável aos seus membros. Pois através de práticas e concepções que valorizam e desqualificam modelos e qualidades humanas específicos, os grupos terapêuticos são um instrumento de construção simbólica e organização da experiência. Nessa linha, tem-se como referência o estudo de Trois (1998) que situa o grupo como lugar de identificação, assim como os de Campos (2005) e Maluf (2005) que observam respectivamente, num grupo de AA e de praticantes de culturas espirituais alternativas, a emergência de noção de um indivíduo relacional, cada qual a partir de qualidades redentoras específicas. Levando em conta esse sentido referencial e não determinista, busca-se especificamente fazer uma análise da prática da coordenação do grupo, observando algumas dessas regras implícitas e premissas da interação grupal.

A primeira regra versa sobre os papéis hierarquicamente distintos. O papel de coordenador era de facilitar um ambiente onde estes adolescentes se sentissem seguros e motivados a falar de seus sentimentos, enquanto elas mesmas se exporiam o mínimo possível de seu universo íntimo. Só falando o necessário para a condução do grupo. Assim, pressupõe-se que a pessoa a coordenar o grupo deveria reconhecer seus próprios sentimentos e lhes controlar a fim de gerir e não integrar – o jogo associativo do grupo. Além de estimular os jovens a falarem, o que seria a condição para que a terapia pudesse acontecer, a coordenadora organizava essas falas segundo alguns princípios que não eram automaticamente evidentes. No entanto, havia constrangimentos e redirecionamentos, que faziam com que falas espontâneas, não fossem necessariamente falas “livres”. Logo, a seguir, buscaremos organizar o conjunto de regras que organizavam essas falas para depois observar o trabalho subjetivo do grupo de terapia. Pois para além da fronteira adolescente-adulto, o coordenador também representa a fronteira do CAPSi com a sociedade. Essa mediação não é neutra, ocorre em determinada direção.

Desde o início da pesquisa, diria que mesmo no projeto, a intimidade foi o primeiro constrangimento, a primeira circunstância a ser considerada. Numa imagem, lembro-me exasperada sendo informada que minha presença em quase tudo que pretendia observar no

CAPSi parecia ir na contramão do “*setting*”⁴², do “tratamento”, contra a “intimidade da equipe” e dos usuários. Isso, porque a intimidade é em última instância condição e meio do tratamento. Ela diz respeito a um tipo de vínculo de segredo e confiança que é a um só tempo estimulado e protegido do mundo exterior, que no caso poderia estar representado pelo pesquisador. Algo que, como bem sintetizaram Zengini & Sehlikoglu (2015), cria fronteiras e fluxos entre os corpos. Ao delimitar um espaço, a intimidade também direciona a identificação de uma zona de importância – o mundo interno. Este é o espaço que guiará a fala apropriada. Mas era raro que todos chegassem querendo falar sobre si. E sistematicamente ocorria um silêncio que poderia se prolongar por um tempo muito maior ao que jamais estive habituada, causando-me um grande desconforto. Nesse período de silêncio notava que os adolescentes procuravam esquivar o olhar olhando para o teto, para o horizonte ou mesmo fechando os olhos. O provável desconforto também lhes causava bocejos e reposicionamentos no pufe, até chegar a um limiar onde alguns caíam em sono profundo e assim passavam até quase o final da sessão. Isso não era censurado pelas terapeutas, que pareciam evitar uma postura pedagógica. Ainda sim, entendi que esse comportamento de recusa também compunha o “desafio” do grupo de adolescentes. Pois embora não houvesse uma reprovação explícita ao adormecimento algumas estratégias eram sistematicamente usadas para estimular as falas:

A primeira estratégia era fazer uma vaga constatação, como “Parece que o silêncio está imperando”, não impondo nenhum assunto específico. A segunda era uma das terapeutas falarem sobre algum filme, entrevista que viram recentemente e que versava genericamente sobre as emoções: a importância de reconhecê-las, sua diversidade e possíveis significados. Outra estratégia para incentivar a participação era fazer perguntas superficiais lançadas para o coletivo: (“E então?”); (“Tudo bem?”); (“Como vocês têm passado?”). Estas eram faladas pausadamente e num tom calmo enquanto se alternava o olhar sobre os jovens e se aguardava pacientemente um depoimento espontâneo.

A instrução era que os jovens poderiam falar sobre qualquer coisa. E em nenhum momento um depoimento foi repreendido como

⁴²Regras de enquadramento que versam sobre a organização do ambiente terapêutico ou psicanalítico. Exemplos: delimitação do tempo, disposição dos móveis e eventual pagamento, que entre outras coisas também foram elaborados para facilitar o engajamento do “paciente”, geralmente visando um ambiente de intimidade e confiança.

impróprio. Mas havia um direcionamento para que os jovens falassem de seus sentimentos, assim como a falta de um depoimento espontâneo impelia a coordenadora à provocação: “Como vocês têm passado?”

Após o depoimento, era comum que a coordenadora relançasse um assunto chave aos demais: (“E os outros como têm se sentido?”); (“Mais alguém tem uma estratégia para se sentir bem?”), (“Mais alguém costuma sentir raiva?”). E não raro a dinâmica ocorria por esse tipo de rodada de depoimentos e trocas de experiências.

Após algumas sessões notei que essa lógica já era assimilada por alguns jovens, que já adivinhavam o assunto em questão e o retomavam da sua perspectiva. Porém também havia manifestações espontâneas que não seguiam esse princípio: trocando o assunto em questão; trocando o tom emocional previsto; tornando o assunto especulativo e impessoal; estendendo demais o próprio depoimento até o ponto que o assunto chave não era mais reconhecido; ou mesmo polemizando a partir de um ponto de vista bizarro, que desconcertava a dinâmica. Após essas manifestações a coordenadora normalmente intervia sutilmente, restabelecendo o assunto e o foco do momento ou redefinindo quem deveria falar. Por exemplo: após um menino manifestar sua descrença na humanidade e seu desejo de explodir o mundo, outro inicia uma conversa sobre a vida em outros planetas e a hipótese da existência de alienígenas. A coordenadora pergunta ao último como ele tem se sentido e se sente triste em alguns momentos. Ele responde que só se sente triste quando tem que estudar. Ante a discrepância dessa resposta com o tom emocional previsto, ela pergunta a outro adolescente em que momentos ele se sente triste.

De acordo com a noção de espaço íntimo, alguns assuntos como fantasias e sonhos ganhavam proeminência. Nesses casos a conduta da coordenadora era de sensibilizar para o reconhecimento das emoções subjacentes, que consistiriam num foco para discussão, mas também para a interpretação. Esta tomada de consciência sobre as emoções, era possível pelo exercício de distância reflexiva ante as experiências cotidianas e pela sugestão da existência de significados subjacentes, como no exemplo do rapaz que conta seu pesadelo:

“Esta noite eu tive um pesadelo horrível! Eu sonhei que eu tinha uma tênia dentro de mim. Eu espremia na minha perna e ela saía... Ela também tinha uma planta carnívora na boca”. A coordenadora pergunta por que ele acha que tinha sonhado com aquilo. Ele fala que na noite anterior, ele viu o filme “*Alien*”: “O *Alien* deveria procriar com um humano e gerar um bebê que seria *alien* no interior e humano no exterior.” A psicóloga então pergunta se não havia coisas aumentando

no interior dele, das quais ele teria medo. Ele diz que tem medo que o sonho se torne um desejo ruim... Como quando ele ficou bravo com a sua mãe e desejou que ela morresse. E logo em seguida se culpa por tal desejo: “Se não fosse minha mãe, eu não teria caráter... Ela me deu tudo de bom que ela tinha!”. Então a psicóloga pergunta se ele tem medo que quando sua mãe não esteja mais presente, ele faça más escolhas, tal qual o irmão que estava preso por envolvimento no tráfico de drogas. Sobre esse tipo de interação que registrava como se fosse atual é preciso ressaltar que me escapava uma série de interações passadas, que estavam presentes entre terapeuta-jovem. Estas poderiam ensejar um aprendizado sobre um caminho interpretativo já assimilado (como por exemplo o vínculo entre emoções e relações familiares) como inovar em algum aspecto.

Nem sempre a participação dos jovens era abundante ou mesmo suficiente para a terapia acontecer. Algumas vezes observei que a coordenadora precisava fazer um chamado para a importância daquela atividade, justificando-a. Afinal, falar era bom por que, mesmo? Nesses momentos era invocada uma teoria sobre como as pessoas funcionam segundo um princípio catártico ou de purificação pela terapia: “Falar é bom para não chegar num limite e explodir com os problemas.” Mas a terapia não era defendida como o único meio de prevenir a desordem. Também se indagava com alguma frequência sobre o que cada um fazia para se sentir melhor, ter prazer, se divertir.

A pergunta sobre os prazeres não era ao acaso. A percepção das profissionais era que aqueles jovens carregavam um *fardo emocional precoce*, por conta de determinadas vivências de ruptura, situação familiar sócia econômica conturbada, que denotava algum grau de angústia existencial. Além disso, na terapia estavam alguns jovens que relatavam dificuldade em encontrar prazer, se relacionar com outros jovens e os comportamentos de auto-violência bem como os afetos de raiva e ódio eram um assunto recorrente. Nas dinâmicas do grupo eram comuns relatos de rejeição e fantasias de vingança, como: construir uma bomba atômica, dar queixa na polícia ou fazer um “barraco” no local de trabalho do namorado. Estas eram fantasias que precisavam ser desconstruídas pelas profissionais, colocando os afetos do indivíduo no centro da questão: “Será que o que quer, não seria construir uma bomba atômica para explodir o seu ódio? Outra possibilidade era invocar a diversão o engajamento em atividades “saudáveis”, como a prática de esportes, enquanto mecanismo adequado de compensação. A relação “diversão X ódio” é apresentada aos jovens “como uma lei da física”,

quanto menos divertimento, mais ódio, e vice versa - explica uma interventora ao grupo.

Segundo relatos das profissionais, a terapia de grupo pretendia atacar dois tipos de problemas: isolamento e impulsividade. Esses problemas se retro-alimentavam, num círculo vicioso que culminava num sujeito supostamente mal adaptado em seu meio. Sobre os mecanismos de compensação propostos, observaremos primeiramente a fala: “Fazer falar” era terapêutico sob a premissa de ser um meio de expressão simbolizada, que induz à reflexão e ao reconhecimento das emoções negativas. Esse tipo de exercício permitiria “vigiar os monstros” que crescem no interior dos adolescentes, impedindo-os de passarem a ação impulsiva, “desorganizada”, ou simplesmente “explodir”. Evitar esse desfecho equivalia a proteger o jovem de mais sofrimento, tomando-o como principal prejudicado.

Para ilustrar esse problema da impulsividade houve uma metáfora recorrente, a de “estar no piloto automático”. Esta foi enunciada inicialmente por uma psicóloga no decorrer de uma sessão: “Às vezes ficamos no piloto automático e não percebemos nossas emoções. Aí acabamos agindo por impulso”. Essa chamada reflexiva ou de uma elaboração psicológica era uma das formas de induzir a um apaziguamento pela tomada de consciência, que permitiria aplacar outras formas de compensação comportamental tidas como violentas ou inadequadas. Era um tipo de profilaxia compensatória e uma chamada para a auto-gestão que visava certas condutas consideradas auto-sabotadoras entre os adolescentes.

A percepção de auto-sabotagem por parte das profissionais nem sempre era compartilhada pelos jovens. Pude perceber que para alguns, a atuação pública e exuberante era um modo aceitável de demonstrar seu descontentamento. Sobre isso se tem em mente a narrativa empolgada de Cristiane no grupo, contando como procurou se vingar do namorado “fazendo um barraco”, insultando-o no seu local de trabalho. A psicóloga pergunta como ela se sentiu fazendo isso. E contrariando qualquer expectativa de arrependimento ela responde simplesmente que “muito bem”. Outro exemplo é de um menino que ameaçado verbalmente pela ex-namorada (que por sua vez, ele estava perseguindo com inscrições nos muros e móveis da escola) diz que pretende dar queixa na polícia e é dissuadido pela psicóloga que sugere uma conversa e uma reflexão sobre o próprio comportamento.

O que os últimos exemplos mostram é que existe uma disparidade nos modos de expressão legítimos para as profissionais e para os jovens. Eles também reportam às análises de Velho (2013), Salem (2007),

Duarte (1994) (1986), que inspirados na noção dumontiana de individualismo⁴³, refletem sobre as fronteiras simbólicas e experiências socioculturais de segmentos sociais específicos da sociedade contemporânea. Pensando com esses autores observa-se como a defesa de um espaço de intimidade (ou a evitação de *se expor*), converge com uma lógica psicologizada que se faz mais presente nas camadas médias urbanas. Essa lógica, situa o lócus da subjetividade no espírito e defende um relação emocional mediada pela reflexão.

A análise dos princípios terapêuticos do grupo de terapia mostrou como ele configura um tipo de caminho de transcendência orientada, visando a constituição de uma “tecnologia do eu” (FOUCAULT, 1990)⁴⁴. Nestes princípios se observou tanto a necessidade de estimular no sentido de uma auto-regulação reflexiva, como o de criar um ambiente particularmente flexível e tolerante em relação a regras explícitas. Pensa-se que essa última atitude relaciona-se ao dispositivo psicológico, assim como a pressupostos sobre os jovens e seus sofrimentos que se descreverá a seguir.

2.3.3 Atos “disruptivos”, sentidos ocultos.

A terapia pela fala me era justificada entre outras coisas em função de uma tendência entre os jovens de agir por impulso. Esses atos impulsivos aconteciam quando o indivíduo, exposto a uma situação ou sensação de grande aflição, agia de maneira maladaptada (“disruptiva”), mas procurando alívio subjetivo. Esses atos, além de contribuírem para a situação de isolamento do indivíduo também poderiam culminar em auto-agressões, um “sintoma” tido como estatisticamente importante no serviço.

Observando as entrevistas e reuniões das profissionais, observa-se que os atos impulsivos, foram também justapostos à convenção

⁴³Em referência à distinção Dumontiana de sociedades “tradicionais” e “modernas”, onde, segundo Dumont, nas sociedades “tradicionais” “(...) o acento incide na sociedade em seu conjunto (...) onde cada homem particular deve contribuir em seu lugar para a ordem global (...)”. E nas sociedades “modernas”, os valores se invertem: “a sociedade é um meio e...o reino dos fins coincide com os fins legítimos de cada homem...”. (DUMONT, 1992: 57).

⁴⁴Tecnologias que permitem aos indivíduos efetuar por seus próprios meios certo número de operações sobre seus próprios corpos, suas próprias almas, seus próprios pensamentos, sua própria conduta e o fazem de modo que se transformam a si mesmos, modificando-se para alcançar certo grau de perfeição, felicidade, pureza ou poder (FOUCAULT, 1990, p. 48, tradução nossa)

psicanalítica lacaniana, especificamente ao conceito de “passagem ao ato”. Esse conceito coaduna com outras construções narrativas que situam os atos impulsivos numa relação inconsistente com o registro da cultura⁴⁵. Essa perspectiva vai ao encontro de outros enunciados das profissionais que os nomeiam como atos “desorganizados”, ou seja, que implicam uma relação precária, com o universo semântico ou cultural.

No que tange à perspectiva das profissionais sobre esses atos, a primeira consideração a ser feita é seu caráter de perplexidade. A princípio, não se sabe muito bem por que os jovens fazem, mas supõe-se que este sentido está lá, oculto, para ser desvendado. Destes atos impulsivos, podem-se identificar dois subtipos: um primeiro, que apesar da desorganização de sentido corresponde a um padrão comportamental, por ser comumente encontrados dentre o público jovem do CAPSi; e outros constituído de atos que são igualmente “impulsivos”, “deslocados”, “disruptivos”, mas não correspondem a um formato reconhecido.

Dos que correspondem a um padrão, tem-se em mente os comportamentos auto-mutilatórios ou falsamente suicidários, como se cortar com a gilete ou outro objeto pontiagudo ou ingerir medicamentos em quantidades não potencialmente letais. Sobre estes, me fala uma profissional de saúde particularmente interessada no assunto: “Observei [nas consultas privadas] que não é o desejo de morrer que está em jogo, mas que a dor parasse. Sentir uma sensação física para materializar uma *dor emocional* maior”. Outra percepção das profissionais é que esses atos podem possuir um significado particular: “É preciso compreender o sentido de ela estar se cortando!”, relembra uma psicóloga na reunião de discussão de casos. Haveria, portanto um possível significado emocional latente nesses atos a serem investigados na terapia. Outro aspecto muito mencionado é sobre a importância epidemiológica, não só no CAPSi de Florianópolis: uma nota do Ministério da Saúde reporta o aumento “(...)na frequência do comportamento suicida entre jovens entre 15 e 25 anos, de ambos os sexos, escolaridades diversas e em todas as camadas sociais” (BRASIL, 2006).

⁴⁵O conceito de “passagem ao ato” impõe uma discussão teórica interna ao campo psicanalítico entre os que o consideram atos circunscritos ou estrangeiros ao registro simbólico. Para Calazan & Bastos (2010) “A passagem ao ato, por ser um ato em que o discurso como laço social é deixado de lado, costuma ser ruidosa – como sugere a noção de crimes imotivados.” (CALAZANS&BASTOS, 2010: 251)

O que está em jogo nessa interpretação das profissionais? A primeira consideração que poderia ser feita é que as condutas auto-mutilatórias conferem um tipo de *habitus* compartilhado, como diria Csordas (2008)⁴⁶, não são tidas como aleatórias os simplesmente individuais. Embora tidas como enigmáticas e impulsivas isso não impõem que passassem ao largo do registro da cultura. O que remete à percepção das profissionais sobre o aspecto “explosivo” desses atos, denotando que eles veiculavam alguma comunicação sobre um tipo de sofrimento ao mesmo tempo geral e específico. Na percepção de uma psicóloga o que converge no sofrimento desses jovens é um descompasso entre o que se espera deles e o modo como eles se percebem:

Então, eu sempre vejo que tem algo que é cultural, socioeconômico, não sei... Que é uma necessidade que os adolescentes sigam um padrão muito específico né, e quando eles se sentem muito diferentes e não se enquadram a esse...

- Que tipo de padrão?

São padrões de comportamento, padrões de aparência, de escolhas de vida, de escolhas que sejam mais certinhas, de um mundo de estudo, acadêmico, sei lá o quê... Os adolescentes sofrem de um monte de pressões das famílias, escola, dos meios de comunicação também, exigindo que eles tenham certas atitudes que nem sempre eles estão querendo. Acho que muito ligado a histórias de vida também, que a gente percebe, que quando os familiares têm situações graves de sofrimento, os adolescentes apresentam isso em algum momento. A gente tem muitas mães que fazem algum tipo de tratamento, alguns pais... mas acho que não é só, acho que tem algo que é mais macro assim né!. E eles fazem isso também, de uma crítica: “que mundo é esse que eu não me enquadro, que esperam coisas de mim que eu não dou conta de dar?”

⁴⁶ “[As manifestações espontâneas e sem conteúdo pré-ordenado] remetem a um *habitus* compartilhado por terem “um número limitado de formas comuns.” (CSORDAS, 2008: 115)

A hipótese subjacente com que trabalhavam é que estes atos desorientados amparam-se numa queixa de inadequação frente à família e à sociedade. Essa não é uma perspectiva que coloca o jovem como um desviante típico. As profissionais, ao contrário, enfatizavam como o sofrimento do jovem também era relacionado com organizações familiares frágeis e com um meio social com diversas lacunas de sentido. Esse atos “desorganizados” seriam então paradoxalmente “pertinentes”, como interpreta outra profissional de saúde do CAPSi.

[Sobre adolescentes que haveriam se mutilado ou tentado suicídio] Eu percebo que eles estão muito organizados, assim na vida deles e eles traziam questões muito pertinentes em relação à família, em relação ao mundo... Eu vejo eles muito desmotivados em relação ao mundo.

Como assim “organizados”?

Muito organizados porque eles traziam questões muito pertinentes. Mais que organizados, pertinentes; em relação à família e... Eu achava que eles tinham razão naquilo que eles estavam falando... Eles estavam muito adequados em relação às famílias, que eu via também, se queixando da organização familiar, dos problemas familiares, então eu via que eles eram mais um sintoma da família, do que qualquer outra coisa. E eu também achava que eles eram sintomas sociais, assim nessa sociedade individualista, com poucos contatos entre as pessoas...

Sobre o último depoimento nota-se que há uma constatação dos atos dos adolescentes como figura ou fundo de uma situação relacional. Eles eram “desorganizados” quando isolados e do ponto de vista explicativo, já que nem sempre os adolescentes sabiam lhes justificar. Essa relação de lacuna de significado também fazia nebulosa a relação desse ato com alguma finalidade bem delineada. Entretanto, quando apareciam de forma contextual nas narrativas sobre a própria vida, as profissionais observavam que esses atos eram fundos “organizados” - “sintomas” - de uma situação “desorganizada” de expectativas e trajetórias de vida. Essa relação de figura e fundo entre indivíduo e meio social coloca o ato como um elemento duplo na paisagem da desordem. Este, ao mesmo tempo que é foco de um tratamento na gestão de sua

conduta individual e de seus sentimentos) também são reconhecidos nas narrativas como contingentes de uma situação “social” que embora descrita enfaticamente, também era ampla e inespecífica. Uma situação que parecia fugidia e pouco acessível ao escopo das técnicas disponíveis das profissionais.

Afora as condutas auto-multilatórias e tentativas de suicídio esses atos desorganizados também englobavam um segundo tipo, que foge ao repertório comum. Essa modalidade abarca exemplos de modos “inadequados” de lidar com situações até certo ponto banais. Por isso não tenho como me referir a estes sem descrever exemplos particulares: Uma menina de 14 anos que chamaremos de Luciana dizia não se conter e tocar os órgãos sexuais dos colegas de escola meninos. Seu desejo de ter um namorado e ingressar numa relação sexual foi mencionado no grupo de terapia. O problema é que esse tipo de ação impulsiva a colocava num lugar de ser ridicularizada perante aos outros colegas, meninos e meninas e, portanto, a afastava cada vez mais dos círculos de amizade e namoro: “Eles me chamam de vadia!”; “Eu não tenho nenhuma amiga.” Luciana expressava-se com clareza e seus assuntos transitavam com coerência. Mas ela estava irrequieta, com trejeitos repetitivos de torções nos dedos e passagem de dedos nos cabelos. Mas ela acabou sumindo do grupo e, portanto, não sei se estes trejeitos eram costumeiros ou relativos ao constrangimento de contar seus fracassos sociais na frente de desconhecidos. No dia em que esteve presente, o grupo esteve em polvorosa. As falas foram abundantes e ligeiras. Muitos adolescentes encontraram eco nos assuntos levantados por Luciana.

Perguntando sobre o sumiço de Luciana, a explicação foi muito sucinta: “Achamos que era mais adequado que ela fizesse terapia individual.” No entanto, outros exemplos⁴⁷ me levam a desconfiar que talvez fosse o caso de proteger a menina da excessiva exposição em que ela se colocava com seus assuntos sexuais.

O caso de Luciana, mais que ilustrar certo tipo de ato moralmente inadequado (fora do CAPSi), também ilustra uma necessidade de readequação dentro da instituição. Pois o fato é que a menina foi retirada do grupo. Uma atitude, que se reafirma, provavelmente visou proteger a jovem e não aplicar uma punição moralista. Ainda assim é uma ação que convive ambigualmente com outras que visavam marcar uma postura clínica de neutralidade na interação com os jovens.

⁴⁷Como no caso de um adolescente que foi encaminhado para a terapia individual por envolvimento em situações de abuso sexual.

2.3.4 Praticando a neutralidade (ou... Onde andaria Tânia?)

Houve muitas situações em que a vivência no hospital de Lyon⁴⁸ me atentou para fatos que tinham me passado despercebidos na primeira fase de observações do CAPSi. Uma delas era que a terapia de grupo aparentemente seguia os mesmos moldes de uma terapia de grupo para adultos. Não havia uma adaptação, como no caso de Lyon em que, por vários motivos, havia a suposição era de que os jovens não falariam espontaneamente sobre suas emoções. No grupo de terapia, mesmo que houvesse um direcionamento nesse sentido, ele mais ou menos obedecia a uma convenção da psicologia interpretativa, sobretudo no formato do paciente adulto e que escolhe voluntariamente a modalidade de tratamento para suas angústias. Ignorava-se o fato de que no CAPSi, a participação o grupo não fazia parte de uma escolha prévia. A maioria dos adolescentes era encaminhada à terapia de grupo (mas alguns, como mencionamos eram dela retirados quando não pareciam adequados) e seu funcionamento não ocorria sem que várias resistências sobreviessem ao seu formato: adormecimento, mudança do foco de interesse para o celular, que indicavam que os jovens não estavam tão motivados a falar de suas emoções como se esperava.

Outro ponto de discrepância com a experiência do hospital de Lyon era que as regras das atividades e da rotina hospitalar eram um parâmetro para os profissionais refletirem a relação dos jovens com as regras de suas vidas cotidianas. No CAPSi, havia uma única regra, geral e bem visível num cartaz afixado na parede da recepção: quem faltasse mais de três vezes consecutivas perderia a vaga no serviço. Isso significava que era preciso manter uma frequência no grupo ou noutras atividade terapêuticas, como as oficinas de artes. A única opção que não era possível era comparecer somente às consultas com a psiquiatra.

Essas ressalvas são importantes para situar que para alguns, participar do grupo poderia ser uma obrigação. Talvez eles não estivessem tão interessados em falar sobre seu “sofrimento” como eram supostos. E isso poderia ser a causa ou o efeito de uma série de resistências, como já comentamos. Mas o que nos chama a atenção é o modo como as profissionais lidavam com isso: muitos eram deixados a adormecer (e mesmo roncar), sem qualquer tipo de interrupção. Parecia haver um esforço de não impor um tom moralista ou pedagógico de nenhum tipo. Esse esforço, parecia orientado não por regras, mas por

⁴⁸Local onde fiz estágio de doutorado sanduíche e pesquisa de campo, da qual trato no cap. 5.

valores, conforme a diferenciação de Didier Fassin (2009) a propósito de seu estudo em torno da “economia moral”: “Se trata menos de compreender o que se faz e o que não se faz (dimensão normativa) que aquilo que é tolerável e que não é tolerável (dimensão avaliativa) (FASSIN, 2009:1249, tradução nossa). Os valores em questão remetem à disposição clínica como um espaço de intimidade pretensamente livre de julgamentos morais e cujo preceptor terapêutico atua como um discreto facilitador.

Como já comentamos na descrição dos princípios do grupo de terapia, essa é uma configuração criativa e criadora entre inúmeras possibilidades e convenções⁴⁹. A postura de neutralidade do terapeuta, remete à inspiração psicanalítica e já fora duramente atacada por Castel (1978) como parte de um contrato que “recalca a relação com o extra-analítico” visando a criação de um espaço moral “asséptico”⁵⁰. Pode-se inferir, por exemplo, que por conta desse imperativo do *setting*, palavrões, alusões racistas ou sexistas podiam ser mencionados sem que o terapeuta assumisse (de fato) seu lugar institucional de mediador com a sociedade mais ampla.

Além dos imperativos de certo tipo de *setting* não se pode descartar que essa configuração terapêutica também sofreu influências históricas. Estas remetem à criação dos CAPS como um espaço terapêutico de convivência tolerante, por oposição às relações repressoras dos antigos manicômios. Pensa-se que essa é uma preocupação pertinente, pois tampouco se defende uma postura meramente pedagógica. Entretanto esse tipo de influência histórica não explica completamente a adoção de certos moldes terapêuticos, como a do terapeuta enquanto figura flexível e inabalável. Esse tipo de postura, ancorada no protocolo da clínica privada, implicava numa vacilação frente às relações de forças presentes em lugares institucionais e etários bem estabelecidos. Nesse sentido concordamos com Castel (1978) quando este observa:

[Nas instituições há um suporte]
“incomparavelmente mais sólido” [do que o

⁴⁹ Sullivan um expoente americano da terapia de grupo enfatizava, por exemplo, a interessoalidade emocional: “onde as emoções, ações e pensamentos do analista eram recursos, não distorções perigosas que deveriam ficar escondidas”. Mas que deveriam ser analisadas como um padrão de interação (CUSHMAN 1995: 181)

⁵⁰ CASTEL, 1978: 33

implicado na relação da clínica privada, uma vez que amparado] na história da instituição, por suas funções sociais, pelas relações complexas entre atendentes e atendidos, os diferentes membros do pessoal, etc. Entretanto aos olhos do analista é o contrário.

CASTEL (1978: 38)

Não se pensa ser o caso de acatar toda a crítica de Castel, que parece pesar entre outras coisas, num menosprezo pelo trabalho dos psicanalistas nas transformações da reforma psiquiátrica. Ao menos se tomarmos o contexto brasileiro (o que não é o foco do autor) ⁵¹ e na histórica aliança entre psicanalistas e movimentos sociais, há um exemplo incontornável de politização, mesmo que dentro de certos limites. No que concerne a este estudo, o argumento que parece mais interessante em sua obra é algo mais fundamental, algo que pertence ao raciocínio e não às suas conclusões. Isto é, diz respeito a como Castel situa demandas subjetivas num âmbito político. Nesse sentido, o sofrimento dos jovens do CAPSi de “falta de orientação” e a “pressão para pertencerem a um certo padrão de pessoa”, identificadas pelas profissionais, tem certamente uma dimensão política. O espaço da terapia também poderia ser um lugar onde essas diferentes esferas de vida poderiam ser melhor integradas. Essa perspectiva consta em Figueira (1978):

Pensar a demanda que pode eclodir no domínio do indivíduo e que no entanto foi socialmente gestada (...) torna-se possível sair da incomensurabilidade “privado” “público”, e também entender a genealogia do primeiro a partir do segundo e em necessária interação com este.

(FIGUEIRA, 1978: 135)

A saída apontada por esse autor poderia ser a criação de mecanismos que propiciem essa articulação entre o público e privado. Refletir as demandas a partir de um apoio de ordenação que não recorra

⁵¹No cap. 7 e 8 o autor faz uma análise da psiquiatria de setor e seus novos dispositivos com considerável desprezo. A psicanálise nesses espaços seria uma nova forma de aplicação do esquema médico; espécie de reciclagem de eficiência “no pacto entre medicina mental e controle social” (CASTEL, 1978: 142)

sempre ao determinismo psíquico individual. Neste viés, a figura do terapeuta neutro certamente não se sustentaria. Mesmo assim, na prática com os jovens, observa-se que além dos princípios que orientam a terapia, os preceptores tinham lá suas estratégias para impor uma norma. Mesmo que seja uma norma indireta e numa retórica de neutralidade clínica: atos como a colocação/retirada do grupo, a evitação de assuntos polêmicos e tímidas insinuações eram um modo de regulamentar pelo desvio de foco.

Vamos às situações concretas, começando com a de Heitor (15 anos), um menino negro. Certo dia Heitor conta no grupo de terapia que se relaciona pela internet a partir de um perfil falso. Nesse perfil ele colocou a foto de um “menino loiro” buscado aleatoriamente no banco de imagens do Google. Perguntado o porquê dessa atitude, ele responde com relativa tranquilidade que os meninos loiros são mais bonitos e que, portanto era mais fácil para ele conseguir interessadas numa relação virtual. Retrucando seu depoimento, a preocupação de Roger, também negro, era de uma natureza um pouco diferente: como ele sabia que de fato estaria se relacionando com alguém do sexo feminino? (Posteriormente notamos que falava de uma experiência pessoal que havia lhe causado muito desgosto). A intervenção da terapeuta foi aproximadamente a seguinte: “já comentamos sobre isso, como às vezes projetamos nossas expectativas no outro. Por vezes supomos que determinada coisa é bonita e o outro tem uma ideia diferente sobre a beleza.” Pelo semblante desdenhoso, notava-se que Heitor não parecia convencido com a ideia de um relativismo estético. Ele sabia o que era considerado um padrão de beleza. E usava isso para atingir um objetivo. Sua posição estimula Luciana (14 anos) a falar como era lindo o menino por quem estava apaixonada, que além de loiro tinha olhos verdes! E suspira revelando que o que mais queria na vida era ter um namorado. Frente a isso a posição de Renata (16 anos) é de franca desaprovação: “Você tem que querer outras coisas na vida que um namorado: Tem que querer ser rica e famosa!”

As terapeutas escutavam tudo isso um pouco atônitas. Certamente não concordavam com nada daquilo, sabiam que aquilo tudo fazia parte do “sofrimento” dos jovens, uma condição oprimida nas relações de força presentes na sociedade. Mas nada daquilo era posto em questão. Ao invés disso, esperavam que alguém se manifestasse com uma fala exemplar (quicá de auto-aceitação) e quando isso não acontecia, a saída era uma brusca mudança de tópico.

Talvez alguns entendessem que as mudanças de tópico significavam algum tipo de desaprovação. Havia Tânia (17anos), por exemplo, que parecia ter entendido como tudo funcionava. Procurava retomar o ponto de vista do outro sob um viés emocional. Não gostava de discursos sexistas e quando estava presente procurava preencher as lacunas de silêncio contando sobre sua vida de trabalho e estudo para o vestibular, em que dormia no máximo cinco horas por dia, o que para ela estava bom. O silêncio nesses casos, vinha dos outros adolescentes, que faziam uma cara de espanto por não vislumbrarem o cumprimento de uma rotina tão puxada. Num dia em que a sessão começa com um enorme silêncio a coordenadora sugere esperar mais um pouco antes de começar (enquanto busca uma água) para o caso de outros jovens chegarem atrasados. Nisso comenta: “Será que a Tânia não vem hoje? Ela não costuma faltar”. Bem, imagina-se que ela assumiria a árdua tarefa de quebrar do silêncio.

3 EVITANDO O DIAGNÓSTICO

Reconhecer o “desvio” e o mal-estar que ele provoca, implica numa relação com a norma e consiste num paradoxo sabido de autores

que refletem a proposta crítica da desinstitucionalização no campo da psiquiatria e da saúde mental (AMARANTE, 1995). Levar isso em conta implica, entre outras coisas, rejeitar uma explicação *a priori* totalizante sobre o “sofrimento”, observando também valores e vivências pessoais dos sujeitos. Portanto a desconstrução da “doença mental” na perspectiva política da desinstitucionalização implica uma renúncia do diagnóstico, dado o pressuposto crítico feito pelo humanismo médico de que a “doença mental” não é um objeto isolável da pessoa que sofre. Isso pode levar ao extremo da redução sociologizante ou psicologizante de que todos os problemas são resultado da situação material de pobreza, ou de uma história familiar conturbada.

A seguir discorre-se sobre práticas e discursos sobre o diagnóstico no CAPSi. Observa-se como este tendia a ser abordado tanto de forma prosaica, quando afirmavam a impressão de um crescimento de jovens com depressão, ou nas avaliações sobre os casos novos, em que condensavam uma série de significados que por sua vez conduziam a decisões práticas. Ou, ao contrário, a partir de uma crítica desconstrutiva, em que o acento eram os sintomas, que subordinavam o diagnóstico a uma condição secundária e instável. Sobre isso, a primeira coisa que procuravam esclarecer era que no CAPSi o diagnóstico era motivo de uma avaliação estendida: dois meses de reuniões semanais com os pacientes e seus pais para a elaboração de um diagnóstico que guiará um “projeto terapêutico individual” (entre oficinas, consultas clínicas com psiquiatra ou neurologista e opções de terapia individual e em grupo). Somente após esse período o diagnóstico era inscrito na base de dados municipal segundo uma “produção por CID”- (Classificação Internacional de Doenças).

A menção ao diagnóstico como um tipo de mal necessário ou como algo hipotético e provisório também caracteriza uma tensão altíssima, que localmente traveste-se de uma missão para não rotular os adolescentes, como também pelo reconhecimento que adolescentes, ao contrário de adultos, estariam se desenvolvendo física e psicologicamente. Desse modo, o estabelecimento do diagnóstico seria não apenas questionável, mas um parâmetro identitário nocivo. Essa possibilidade de falar em diagnósticos somente “entre aspas” levava a desentendimentos com profissionais de outras instituições que possuíam uma formação biomédica (Hospital Infantil, Instituto de Psiquiatria) e entendiam nos aceites ou recusas de encaminhamento certa arbitrariedade. Além disso, estas aspas também remetiam ao aspecto reflexivo (já que nas entrevistas estavam falando a uma profissional da

área da antropologia, que possui uma tradição crítica à biomedicina e ao processo de medicalização). Em contraste com isso, observei nas reuniões de equipe, em que participavam psicólogas, assistentes sociais, psiquiatras e enfermeiras; que os diagnósticos eram essenciais. Eles condensavam muitos significados (se o adolescente estava ou não realmente em risco, por exemplo) e ajudavam a tomar decisões práticas (se seria atendido imediatamente ou iria para fila de espera, por ex.) entre profissionais que na maioria, ainda não o conheciam o paciente.

3.1 O CRESCIMENTO DOS “SINTOMAS DEPRESSIVOS” ENTRE OS JOVENS: UMA PERSPECTIVA CRÍTICA

Entre os jovens do grupo de terapia não havia um diagnóstico comum, embora a percepção das profissionais fosse que entre estes havia uma alta prevalência de “sintomas depressivos”. Essa percepção estendia-se aos jovens usuários do CAPSi de modo geral, que nos últimos anos tinham se tornado mais numerosos que as crianças no serviço. Na “produção por CID (Classificação Internacional de Doenças)” do DATASUS, compreendendo o período de 01/05/2012 até 31/05/2015, observa-se uma lista dos dez diagnósticos mais recorrentes entre jovens de 12 à 18 anos atendidos no CAPSi de Florianópolis:

DIAGNÓSTICO	NÚMERO I
Transtorno do desenvolvimento psicológico não especificado	163

Episódio depressivo não especificado	69
Episódio depressivo moderado	59
Ansiedade generalizada	57
Psicose não orgânica não especificada	49
Transtornos de conduta não especificados	47
Episódio depressivo leve	34
Perturbação da atividade da atenção	30
Transtorno desafiador opositivo	26
Transtornos mentais e do comportamento ligados ao uso nocivo de canabinóides	24

(Fonte: DATASUS)

Sobre o diagnóstico com maior prevalência, “Transtorno do desenvolvimento psicológico”, trata-se de uma classificação aplicada para jovens cujos relatos de problemas adaptativos iniciam-se na infância. A “não especificação” é uma categoria residual, basicamente excludente das seis seguintes classificações: transtorno no desenvolvimento da “fala e linguagem”; das “habilidades escolares”; no “desenvolvimento motor”; “mistos” (entre as categorias anteriores); “globais” (espectro autista) e neurológico⁵². Este diagnóstico é bastante amplo e indefinido e poderia ser, por exemplo, o caso de Kátia, uma jovem de 16 anos, que era narrado à equipe por uma enfermeira, com esse tipo de ênfase: “Ela disse: eu quando era pequena era uma peste!”.

Sobre a continuidade de problemas adaptativos que começam na infância e continuam na adolescência, havia uma impressão entre algumas profissionais do CAPSi e do HI, de que muitos sintomas de “agitação” infantil evoluíam para sintomas “depressivos” na época da adolescência, principalmente após os 15 anos. De forma análoga haveria casos em que se medicando um suposto TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) a criança começava a apresentar “sintomas depressivos”, o que indicava uma forma diferenciada de apresentação de um mesmo problema: “A criança expressa seu mal-estar diferente do adulto: Fica inquieta, faz birra.” (Profissional do CAPSi). Sem querer

⁵²Classificação Internacional de Doenças- 10. DATASUS. Acesso em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f80_f89.htm

generalizar, mas levando em conta a alta prevalência de problemas adaptativos que se iniciam na infância, bem como do somatório das categorias de “episódios depressivos” (sem relação com outros problemas adaptativos da infância) observa-se que os últimos fazem parte de um fenômeno jovem significativo no CAPSi.

No Relatório Mundial da Saúde (RMS) de 2002 dedicado ao tema da Saúde, nota-se que o diagnóstico de depressão está em processo de expansão. A estimativa de que até 2020 a depressão seria a segunda doença incapacitante mais frequente no mundo. Noutro mais recente, de 2012, esta já aparece no topo das causas de incapacidade laborativa⁵³. À parte do aspecto quantitativo e da discutível pretensão universalizante dessas grandes agências de saúde, alguns atores tem indagado a depressão enquanto um “marcador social” da atualidade (EHREMBERG & BOTBOL, 2004). Numa linha de análise sócio-histórica defende-se que o crescimento desse diagnóstico revelaria uma transformação na hierarquia de valores: passa-se de uma sociedade revolucionária, fundada sobre o “sacrifício” que se dava em prol de um ideal transcendental, para uma neoliberal, orientada para a satisfação das necessidades individuais, de consumo e bem-estar. (ROUDINESCO, 2000) (KEHL, 2000). Neste contexto, o imperativo da felicidade coincide com as razões de mercado, e cada “indivíduo tem o direito e, portanto, o dever de não manifestar mais seu sofrimento, de não mais se entusiasmar com o menor ideal que não seja o do pacifismo ou da moral humanitária” (ROUDINESCO, 2000:16).

Na mesma perspectiva de análise, uma segunda ênfase explicativa para o crescimento desse diagnóstico relaciona-se com uma mudança na linguagem da saúde mental. De um acento no “conflito subjetivo” para uma noção de “déficit” ou “mau funcionamento” (NAKAMURA, 2007), questões que remetem a uma noção de homem entendido e gerido a partir de um “cerebralismo” (AZIZE, 2008) e julgado a partir de seu caráter produtivo (FAHRI NETO, 2007). Há em suma uma redução dos fenômenos do espírito ao cérebro, que é entendido como o “motor da pessoa” (EHREMBERG & BOTBOL, 2004: 150).

⁵³WHO - World Health Organization: Centro de mídia. Depressão. Ficha n. 369, outubro, 2012. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

Segundo Fahri Neto (2007), essa mudança epistêmica também remete a uma biopolítica⁵⁴ vigente, aplicada às técnicas liberais de governo. Assim, o autor observa como a racionalidade neoliberal também reflete modos de sociabilidade; e “técnicas do eu” - hábitos de autogestão e auto-regulação- atrelados à biomedicina e seu alto valor mercadológico. Dentre essas técnicas de auto-gestão, Ehrenberg (2004) dá acento ao primado da “autonomia” (a decisão e ações pessoais) como valor paradigmático das sociedades contemporâneas. E de forma sutil o autor diferencia seu entendimento de que houve não uma substituição, mas uma mudança na hierarquia dos valores. Assim: “não é que a disciplina tenha desaparecido, mas ela se encontra embutida na autonomia, que lhe é superior em valor” (EHRENBERG & BOTBOL, 2004: 147).

Sumarizando os argumentos acima, observamos que o fenômeno contemporâneo do crescimento da depressão é impulsionado por uma mudança de valores, operada pela sociabilidade neoliberal. Esta valoriza os afetos felizes ligando-os não só à concepção de sucesso pessoal, mas à noção mais fundamental de saúde. Essas sociedades também são alvo de teses que relacionam seu individualismo característico, com a depressão. Esse é o argumento de Baztán (2008), que diz que a cultura “ocidental” não só tende a inibir as manifestações de infelicidade, como não propicia os mecanismos públicos ou comunitários para expressar esses afetos. A tese é que quando compartilhada, a dor individual se dilui e, portanto, se torna mais tênue. Sobre isso, nossa impressão é de que se trate de uma tese bastante plausível, mas que se reduz muito a uma interpretação funcionalista do fenômeno. Sobre isso Jenkins, Kleinman & Good (1985: 70) acrescentam a crítica de uma generalização para diferentes tipos de *self*: um ocidental mais “egocentrado” e outro mais “sociocentrado”, o que impede que se veja as diferentes respostas em grupos sociais dentro de uma mesma cultura, por exemplo, mulheres com “dupla jornada”, imigrantes, famílias com filhos pequenos, mudança no padrão socioeconômico. Em acordo com essa visão teórico-metodológica que valoriza os processos microsociais subjacentes, ao invés de uma estrutura prévia preponderante, Alves (1994) situa a importância de entender “como os indivíduos e grupos sociais vivenciam, explicitam e procuram ajuda para os problemas concretos da enfermidade” (ALVES, 1994: 99).

⁵⁴ Conceito Foucaultiano que se refere a uma tecnologia de poder aplicada à vida do homem- espécie.

Uma questão aparentemente banal, mas que segundo Ehrenberg (2004) e Jenkins *et al* (1985) contribuem para a popularização da depressão é que a definição dessa doença é simplesmente vaga. Segundo uma elaboração do RMS (Relatório Mundial da Saúde) baseada no CID-10 (Classificação Internacional de Doenças- 10ª revisão) e o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais – 4ª revisão), a depressão faz parte do rol de “Transtornos de Humor ou Afetivos”, e possui todo um espectro de classificações: leve, grave, intercalada com euforia, etc. No RMS a depressão é descrita como:

Sentimento de tristeza, perda de interesse nas atividades e diminuição da energia. Outros sintomas são a perda de confiança e auto-estima, o sentimento injustificado de culpa, ideias de morte e suicídio, diminuída concentração e perturbações do sono e do apetite. Podem estar presentes também diversos sintomas somáticos.
(RMS, 2002: 68)

Partindo da descrição acima, se observa que a enfermidade inclui um amplo espectro de mal-estar, o que torna a definição do fenômeno pouco rigorosa. Segundo o discurso psiquiátrico e psicológico, o que distingue a depressão de um episódio comum de tristeza é a intensidade e a duração temporal – os sintomas devem se prolongar por mais de duas semanas consecutivas. Essa incerteza normativa, segundo Jenkins *et al* (1985), é um dos empecilhos para o estudo *cross-cultural* da depressão, pois o que consta acima como “sintoma” pode ter diferentes representações e padrões de expressão em diferentes culturas e contextos sociais. Ehrenberg(2004) cita ainda um reforçador paralelo desse diagnóstico, que é a valorização da linguagem da vulnerabilidade individual. Essa se torna uma espécie de língua franca da aflição, pois é um meio de categorizar e abstrair diferentes tipos de perturbações ao âmbito da saúde mental”:

Hoje, mais e mais problemas são definidos em termos de sofrimentopsíquico e suas soluções são propostas em termos de saúde mental. (...) A referência ao par sofrimento psíquico/saúde mental se difunde no contexto de uma medicina do bem-estar, da qualidade de vida. É um movimento que está para além da psiquiatria. Eu diria que, no fundo, nossa sociedade adotou uma

nova linguagem, que é a linguagem da vulnerabilidade individual. Isto não significa que as pessoas são mais vulneráveis que antes ou que sofram mais que antes, contudo, é isto que ganha evidência quando se descrevem todos os tipos de situação. (EHRENBERG & BOTBOL, 2004:151)

Em relação às crianças e jovens, observamos que a presunção de “vulnerabilidade” tem servido para justificar uma série de políticas públicas que implicam tanto a proteção como o estímulo à resiliência (BRITO, 2013: 274) (ASSIS, 2006). Em discursos psiquiátricos e psicológicos o período de desenvolvimento passa a ser uma fase vulnerável do indivíduo que precisa ser zelado entre outras coisas, da ameaça das doenças mentais que traria diversos impactos na vida adulta⁵⁵. Desse modo, profissionais da saúde mental tendem a tomar os jovens (principalmente quando de classes populares) sob uma “dimensão moral” benevolente, identificando esses indivíduos como “vítimas” de “eventos traumáticos” (FASSIN, 2004), (FASSIN & RECHMAN (2010), (YOUNG, 1995). Esse processo de vitimização aparece na fala dos profissionais, mais também dos adolescentes, como veremos no próximo capítulo, que organizam uma narrativa do seu “sofrimento” enumerando uma sequência de negligências e maus-tratos.

A depressão, que até pouco tempo atrás era um diagnóstico distintivamente adulto, vem sendo citada nas mídias acerca de uma versão infanto-juvenil⁵⁶. Estes artigos são bastante semelhantes no que reproduzem as determinações biomédicas e servem como alertas aos pais e professores, o que ao nosso entender funciona indiretamente como um tipo bastante eficiente de propaganda e que contribui para o aumento do número de casos diagnosticados. Observa-se que essa expansão do diagnóstico de depressão de adultos para crianças e jovens ocorreu de forma invertida no caso do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, que na sua aparição era caracteristicamente infantil

⁵⁵ Uma revisão psiquiátrica realizada por Birmaher, *et al.* (1996) aponta que a depressão na infância e adolescência tendem a persistir na idade adulta com uma recorrência ponderada de 60 à 70%. Soma-se a isso uma perspectiva de sequelas como o abuso de álcool e drogas, o isolamento social e maior suscetibilidade ao suicídio.

⁵⁶ CRIANÇAS também sofrem de depressão. Sessão Saúde. *Diário Catarinense*. 23/07/2007. Disponível em: <http://abp.org.br/2011/medicos/clippingsis/exibClipping/?clipping=5027>

(MOURA, 2013). Pensamos que esses acontecimentos sejam representativos de um fenômeno de subjetivação onde ocorre uma ressignificação na ideia de desenvolvimento. Ou melhor, uma mudança de um paradigma psicológico que diferenciava qualitativamente uma “mente” de adulto e jovem; para um paradigma “cerebral” que os unifica em torno de um órgão do corpo (AZIZE, 2008). Esse tipo de tendência, encabeçada principalmente pela psiquiatria biomédica, não é, no entanto, uma unanimidade no CAPSi de Florianópolis. O que seria mais fiel à realidade desse serviço é dizer que se convive com uma dupla epistemologia sobre o desenvolvimento e o mal-estar humano, como veremos a seguir.

3.2 UM REMÉDIO PARA A FALTA DE RECURSOS?

Embora as maiorias dos participantes do grupo estivessem tomando medicamentos psicotrópicos, o diagnóstico em si, apareceu como assunto controverso nas entrevistas com as profissionais do CAPSi. Isso aconteceu por três motivos: a dificuldade prática de diagnosticar “adolescentes”, o receio de incidir numa rotulação precoce e a necessidade da diferenciação entre sintomas e diagnósticos para escapar de uma epistemologia reducionista. Procura-se a seguir descrever esses motivos para no tópico seguinte mostrar como convergem para uma visão específica do desenvolvimento humano.

A adolescência é entendida no senso comum uma fase turbulenta em que o indivíduo supostamente entraria em conflito com o ambiente. Daí põe-se a dificuldade de levantar uma fronteira entre o que seria o início de um transtorno mental e o que seria o comportamento de um “adolescente típico”. Outro problema é que os problemas dos adolescentes em geral estão imersos em conflitos familiares, cuja etiologia torna-se nebulosa: Até que ponto o jovem não estaria reagindo normalmente a problemas de um ambiente adverso ou de uma família conflituosa? Fazer esse tipo de diferenciação é bastante pertinente no CAPSi, e por isso procura-se, quando possível, atender também os pais dos jovens para compreender um pouco do perfil das interações familiares. Nas discussões de caso, características familiares também são apreciadas analiticamente segundo “um padrão de funcionamento” que descreve as inclinações de comportamento da família.

Olhando os dossiês dos integrantes do grupo, conversando com os mesmos e com as profissionais, notou-se que os sintomas de depressão eram frequentemente associados a outro transtorno. Por

exemplo: “transtorno de personalidade” e “transtorno bipolar”. Isso converge com a alta prevalência de comorbidades e necessidade de um diagnóstico diferencial observada por Birmaher *et al*(1996)⁵⁷. Esse também era um primeiro motivo para que me enfatizassem a diferença entre “sintomas” e um eventual “diagnóstico” de depressão. Os primeiros eram muito mais frequentes que os segundos.

A medicação tem relações diversas com o diagnóstico, servindo inclusive para orientá-lo. Se um paciente com sintomas de depressão começa a ser medicado e em algumas semanas começa a alucinar, pode ser que ele seja bipolar. Então o diagnóstico pode ser trabalhado como mera hipótese em qualquer forma de ação médica. Pois mesmo enquanto hipótese ou sintoma já implica uma primeira nomeação e por consequência um modo de ordenação e controle. Como se vê em Mary Douglas (1976 [1966]) “as crenças relativas à separação, à purificação, à demarcação e ao castigo das transgressões tem como principal função sistemática uma experiência essencialmente desordenada.” (DOUGLAS, 1976 [1966]: 13). Nomear, seja um sintoma ou um diagnóstico hipotético, já implica inserir uma série de “sinais” numa ordem ontológica (YOUNG, 1976). Mas essa era uma ordem que não se encaixava numa epistemologia pura e era atravessada por aspectos históricos e políticos, traduzidos em imperativos éticos por vezes conflitantes. Estes privilegiavam tanto um alívio do sofrimento como uma acepção complexa e singular do paciente que transcendia os aspectos somáticos.

A diferenciação entre sintomas e diagnósticos primeiramente era uma maneira de salientar que o diagnóstico era abordado como um construto e não uma prioridade inicial da lógica de tratamento. O diagnóstico, também era um tipo de mal necessário já que no modelo de prontuário eletrônico do SUS faz essa previsão. Sobre isso, pode-se inferir que a opção por um qualificador “não determinado”, que como se viu anteriormente, acompanha os diagnósticos mais prevalentes, seja um modo de relativizar esse tipo de lógica diagnóstica taxativa. Privilegiando outra que pondera o diagnóstico como algo hipotético, provisório e secundário. Esse tipo de intenção caracteriza uma relatada missão para não rotular os adolescentes, como também pelo

⁵⁷Numa revisão de pesquisas sobre depressão na infância e adolescência observa que 40% - 70% dos jovens deprimidos apresentavam outras desordens psiquiátricas como comorbidades. Até 50% apresentavam mais de duas comorbidades.

reconhecimento que adolescentes, ao contrário de adultos, estariam se desenvolvendo física e psicologicamente. Logo, nos relatos recebidos das profissionais do CAPSi, o estabelecimento do diagnóstico seria não apenas questionável, mas um parâmetro identitário nocivo. Por outro lado, as práticas do dia-dia - avaliação, triagem e comunicação com outros profissionais - exigiam uma base diagnóstica enquanto linguagem comum.

Segundo as profissionais do CAPSi, o reconhecimento dos sintomas não implicava uma correspondência diagnóstica, como na racionalidade do DSM. Nem indicava uma causalidade orgânica. Poder-se-ia dessa forma, medicar os sintomas agudos sem definir um diagnóstico, enquanto se avalia outros aspectos da vida do indivíduo. Entretanto a intenção, como me falam, era de, quando possível, não medicar. E sobre isso, ouvi que haveria no CAPSi dois tipos de pacientes: os que eram passíveis de “manejo” somente com as terapias não medicamentosas; e os que indicavam a existência de “algo além” e precisavam de algum medicamento. Esse tipo de diferenciação indicava que apesar do empenho em dedicarem-se ao “manejo” e utilizar medicamentos só como “último recurso”, algo estava atrapalhando essa intenção. Pois a amostra do grupo indicava que era alta a quantidade de adolescentes tomando medicamento.

Segundo a percepção de uma profissional do CAPSi, haveria no serviço excesso de prescrição de medicamentos, que acontecia não porque algo escapasse ao manejo terapêutico, mas por uma estrutura incompatível com a quantidade de usuários: “Se tivéssemos uma terapia semanal para todo adolescente, daria para se medicar muito menos”. Dado esse motivo, o medicamento estaria integrando uma espécie de *manejo da estrutura do serviço*, e de ferramenta a ser evitada ganha importância como uma quase indispensável. Isso foi possível de notar nas reuniões de equipe, quando se percebeu que parte significativa dos problemas a serem dirimidos pelas profissionais dizia respeito à resistência dos pacientes e famílias em utilizarem os medicamentos. Assim como a elaboração de estratégias para combater esse comportamento.

A narrativa do medicamento como “último recurso” e a constatação do uso disseminado de psicotrópicos, não indica qualquer tipo de hipocrisia por parte das terapeutas. Como vemos no estudo de Béhague (2015) em um CAPS de Pelotas (RS), uma postura antifarmacêutica ou uma postura antibiologizante não é apenas insuficiente, como pode contribuir ao fracasso em “resistir à

medicalização”. Isso não necessariamente por conta da falta de estrutura de atendimento psicodinâmico, mas por um imperativo de remediar sofrimentos sociais e morais agudos⁵⁸, que podem ser muito diferentes dos “manejos” possíveis em uma clínica psicodinâmica equipada, e voltada para a classe média.

3.3 O “DIAGNÓSTICO” COMO DISCURSO DO OUTRO

Quando conversava nas entrevistas ou informalmente com as profissionais, notava um cuidado para que eu não confundisse o diagnóstico - um construto eventual, com o sofrimento *real* dos adolescentes. “Aqui nós não falamos em diagnóstico” me dizia uma profissional; “Eu me refiro a diagnóstico, entre aspas” - dizia outra. Essa hesitação para falar em termos de diagnóstico e cuidado na linguagem possui um contexto específico. É um modo de inserir-se numa crítica ao processo de rotulação que permeia o contexto histórico e político de humanização e diversificação dos serviços de saúde mental. Esse processo crítico remete a dois momentos da história da reforma psiquiátrica: um primeiro voltado a um *modelo antigo* de tratamento e um mais recente, referente a uma ideologia clínica que ameaça obscurecer a singularidade do sujeito. A separação entre esses dois momentos é heurística e leva em conta os discursos e objetivos tidos como mais correntes entre os profissionais *taticamente* envolvidos na RP.

Quando tratamos de um primeiro momento da RP, observa-se que esta teve como alvo crítico preponderante os hospitais psiquiátricos, não só enquanto serviços de controle e exclusão, mas como um ambiente no qual o diagnóstico psiquiátrico engendrava uma “carreira moral”, materializando a alteração definitiva do destino social da pessoa como “doente mental” (GOFFMAN, 1961)⁵⁹. Não descartamos que a pertinência desse tipo de crítica extrapole o passado longínquo. Faz

⁵⁸“*Medication is creeping in precisely when therapists experienced profound crises, as they opened their clinics and minds to the suffering of shantytown youth with a level of intimacy not yet seen in the history of Brazilian psychiatry.*” (BÉHAGUE, 2014: 8)

⁵⁹Goffman se ocupa do status de doente mental a partir das relações de forças que compõem a vida no asilo: “(...) A loucura ou o ‘comportamento doentio’ atribuídos ao doente mental são, em grande parte, resultantes da distância social entre quem lhes atribui isso e a situação em que o paciente está colocado, e não são, fundamentalmente, um produto de doença mental.” (GOFFMAN, 1961: 113)

parte de um espectro que ronda uma rede de saúde mental mais judicializada e privatizada que a prevista, como se discutiu no primeiro capítulo deste trabalho.

Por outro lado, se os manicômios não foram extintos como o previsto, eles passaram ao menos por um verniz humanizante: trocaram de nome e instituíram rotinas amenas, menos ociosas e que excluem “tratamentos” hoje considerados violentos⁶⁰. É mesmo irônico que para alguns jovens ir para o IPQ soe interessante. Como as profissionais comentam sarcasticamente sobre Juliana (17 anos) que vive em um abrigo e possui um histórico de rejeição no processo de adoção: “Então, a Juliana pede para ir ao IPQ porque lá ela é cuidada. Ah, e tem até bingo!” - parafraseia. Ou no caso de Vitor, (16 anos) e Iris (17anos) que passaram por internações prolongadas no HI e cujo primeiro comentário nas entrevistas foi a boa comida. Sobre esses comentários não queremos passar a impressão de que há um consenso prazeroso sobre a experiência de ser internado num manicômio e nem mesmo questionar o aspecto iatrogênico de uma hospitalização prolongada. Simplesmente se reconhece que as práticas em saúde mental aos olhos dos usuários não parecem cindidas, como é claro às profissionais. Para os usuários o que conta é o que acontece na prática, ou como eles imaginam que deveria acontecer. Assim, e de forma análoga, as profissionais comentam as inusitadas percepções de João e Roberta (jovens na faixa dos doze/treze anos), sobre o propósito de frequentarem o CAPSi: “ O João disse para a avó que vem ao CAPSi para procurar emprego.”; “A Roberta disse que vem para fazer caixinhas de leite!”

Se às profissionais há uma diferenciação nítida entre o que se faz no CAPSi e o que se faz nos hospitais psiquiátricos, isso se deve, entre outras coisas, à consciência do processo histórico da RP brasileira. Esta se desenvolveu no seio de movimentos sociais que lutaram pela ampliação dos direitos civis e por oposição ao modo de governo ditatorial que se instalou no país por mais de duas décadas. Esse processo guiou a estrutura administrativa numa perspectiva de inclusão dos aspectos sociais envolvidos no sofrimento mental, assim como a de oferecer um serviço socialmente orientado, visando à assistência e inclusão. Nesse movimento, a necessidade de transformação da assistência coincidiu com a crítica que procurava se diferenciar de um modelo “antigo”, considerado excludente e desumanizador.

⁶⁰Sobre “tratamentos violentos”, tem-se em mente as práticas que eram comuns nos antigos manicômios, como as reportadas por Oliveira (2009): inoculação da malária, cirurgias lobotômicas, comas insulínicos, entre outras.

No curso da reforma é digno de nota a atuação de psiquiatras e psicólogos orientados para um conjunto de preceitos psicodinâmicos e fenomenológicos, que buscavam inovar em técnicas para a transcendência do paradigma da “doença mental”. Para tanto, estes se constroem em oposição às abordagens organicistas que inicialmente pensavam as desordens com certo fatalismo determinista. Além do mais, como Lakoff (2006) relata ter acontecido na Argentina⁶¹, há a denúncia de uma histórica aliança entre psiquiatria biológica e um sistema político autoritário e repressor. Essa aliança engendra associações imaginárias do tipo: “Se se propõe que existe algo ‘natural’ sobre o comportamento você é imediatamente associado à direita. Mencione genética e as pessoas vão pensar em eugenia e Nazismo.” (LAKOFF, 2006: posição 104, tradução nossa)⁶². Essa confusão reflete por exemplo, a impressão de uma psiquiatra do Hospital Infantil de que as mudanças no atendimento psiquiátrico dos últimos anos (ênfase especificamente o que percebe como uma perseguição aos diagnósticos psiquiátricos e à medicina baseada em evidências) como uma ação do partido dos trabalhadores (PT). Ou ainda quando um funcionário do IPQ ironiza: “Alguns [dos profissionais dos CAPS] nos vêem como se fôssemos carrascos”. O que ele argumenta é em apoio a uma “tecnologia” que pode ser usada em favor de novas possibilidades existenciais. Entretanto, enquanto na prática a aliança com a biomedicina faz parte do dia-a-dia do CAPSi e em articulação com a rede intersetorial, ela costuma ser vivida com ambiguidade pelas profissionais.

A visão de que nas práticas de saúde mental existiriam dois “modelos éticos incompatíveis”, conforme tratado por Oliveira (2009), ilumina melhor o receio das profissionais do CAPSi. O autor ressalta como a perspectiva histórica define a “lógica” de cada modelo. Desse modo, o modelo biomédico, influenciado pelo higienismo se definiria por uma orientação de “normatizar a existência”, objetificando o sujeito como “doente mental” (OLIVEIRA, 2009: 54). Segundo esse autor, os médicos que trabalham com esse tipo de lógica“(…) não se permitem

⁶¹ A comparação com este país é pertinente tendo em vista sua histórica influência na formação dos psiquiatras brasileiros desde a década de 1950, atingindo seu auge na década de 1970, quando se disseminou junto ao movimento contracultural (RUSSO, 2002).

⁶²“*If you propose that there may be something ‘natural’ about behavior you are immediately associated with the right wing. Mention genetics and people think of eugenics and Nazism.*”(LAKOFF, 2006: posição 104 do kindle).

olhar para os cidadãos portadores de transtornos mentais como seres humanos dotados de humanidade tanto quanto eles” (OLIVEIRA: 2009: 57). Entretanto, quando conversamos com profissionais alinhados com o tratamento biomédico é justamente a alusão ao humanismo e a identificação com o outro, que vem à tona. Como a justificativa de Ana, profissional do HI:

Se eu estivesse na rua surtada, eu gostaria que alguém me recolhesse e me medicasse até eu me estabilizar. Esses dias mesmo eu estava na feira e encontrei um ex-paciente aqui do HI e vi que ele não estava bem. Vi que ele estava em surto. Então procurei entrar em contato com a família para saber se eles estavam tendo dificuldades para dar a medicação. Entre deixar ele na rua surtado e medicar... O que é mais humano?

A perspectiva humanista, do outro como igual, mas diferente, dá margem a imperativos éticos distintos. Pélbart ilumina esse paradoxo quando descreve que na sociedade sempre houve uma zona de abjeção, outrora ocupado pelos negros, pelas mulheres e pela própria natureza, que evocava o perigo e o desconhecido. Atualmente é a desrazão que ocupa esse espaço. Então a indagação do autor é sobre o significado de “acolher” a desrazão, se isso não implicaria também pacificá-la, diluindo seu potencial de “desterritorialização” (PELBART, 1989: 32). Ao alertar para o perigo das boas intenções salvacionistas e auto-identificatórias, coloca um desafio assumindo, pois não há uma resposta simples que elimine os riscos teóricos e práticos envolvidos. Nesse mesmo sentido, vai a ponderação de Fonseca *et al.* (2007), de que a RP é “um analisador de uma crise maior, a crise que perpassa as próprias bases do humanismo moderno (...) e nos impulsiona a realizar uma dessubstancialização daquilo que temos praticado e daquilo que nos tornamos” (FONSECA *et al.*, 2007: 40).

As considerações de Pelbart (1989) e Fonseca *et al.* (2007) vão ao âmago do desafio da RP. Ela certamente transcende a “política de oposição” entre “ordem hospitalar” e “ordem comunitária” (Lancetti In PELBART, 1989: 141 e 143), que permeia o discurso dos profissionais. Mostra como essa oposição pode ser ilusória com relação às diferentes epistemologias que possibilitam a redução das “estranhezas”. Porém, a nosso ver coloca um horizonte de homogeneização, igualmente utópico (até que ponto seria possível reduzir as estranhezas?), assim como passa

ao largo dos dilemas éticos das formas de “cuidar” de jovens e famílias que procuram por ajuda. A pergunta que paira no ar é até que ponto se deve abraçar as estranhezas para que este também não se torne um “abraço de urso”⁶³ para o sujeito?

Fugindo um pouco das aporias, o que importa situar é o que elas tangenciam: Passado um primeiro momento crítico, o da superação (mesmo que parcial - ideal e materialmente) de um modelo de tratamento manicomial, tem-se essa determinação ressonante entre as profissionais do CAPSi de reconhecer o “sofrimento” e preservar a singularidade do sujeito. Essa prescrição, que habita a paisagem “psicossocial”, orienta-se pela premissa do sujeito como um ser complexo e único. No CAPSi tal premissa também foi incorporada pela preeminência de uma abordagem psicodinâmica, exemplificada pela pergunta feita na discussão de casos: “qual o sentido dela se cortar?”. Falar em diagnóstico, nesse caso, poderia sugerir uma comensurabilidade entre sintomas e tipos clínicos que elide os “sentidos particulares”⁶⁴.

O acento no “sofrimento do indivíduo”, além de uma herança do humanismo é um enunciado psicodinâmico e político de *resistência à aceção biomédica de pessoa*. Desse modo, relativizar os diagnósticos, tal como nos moldes dos manuais psiquiátricos e a busca pelos sentidos particulares significaria tratar as pessoas em sua “singularidade”. Por outro lado, os diagnósticos biomédicos, assim como os psicofármacos estão presentes nas práticas do CAPS, entre técnicas e pacientes. A dificuldade seria não em identificar qual seria a abordagem “mais humana” mas como conciliar essa aliança entre determinações orgânicas e semânticas. Estas, que são igualmente passíveis de atravessar e bagunçar as diferentes possibilidades de categorização.

3.4 A REFLEXIVIDADE NA CRÍTICA À BIOMEDICINA

⁶³Usando de modo invertido a alusão de Pelbart (1989: 133) sobre um “acolhimento” que na verdade é potencialmente sufocante.

⁶⁴Sobre isso, tem-se, por exemplo, o conceito de “clínica ampliada” do SUS, e uma chamada ao “compromisso ético” com as diferenças de cada paciente: “(...) para que se realize uma clínica adequada é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, inclusive, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo.” (MS, 2007)

O CAPSi na sua premissa multiprofissional e relacionada intersetorialmente precisaria trabalhar levando em conta diferentes abordagens teóricas. Não raro essas diferentes abordagens ocasionam mais que discursos polifônicos, mas desentendimentos entre profissionais que manejam diferentes linguagens clínicas⁶⁵. Esses desentendimentos reproduzem uma divisão histórica presente no campo psiquiatria, entre “duas abordagens que trabalham numa difícil aliança”: a concepção biomédica e a psicodinâmica (LURHMANN, 2001: 7). Essa divisão, que em última instância remete ao dualismo cartesiano, possui uma fronteira muito menos definida do que sua proclamada oposição. Por isso Castel fala ser o caso de “irmãs-inimigas”, em que, grosso modo, uma atua sobre o corpo para controlar o espírito e outra sobre o espírito para controlar o corpo (CASTEL, 1978: 167).

Quando se fala em tradição psicodinâmica ou biomédica, pode-se ter a falsa impressão de que ambas se tratam de blocos epistemológicos homogêneos. Além do mais se ofusca a perspectiva histórica que orientou diferentes influências no contexto nacional. A seguir destacam-se essas influências e o processo histórico de oposição entre psiquiatria e psicanálise.

O termo “psicodinâmica” foi cunhado por Freud embora tenha dado origem a diferentes teorias terapêuticas. Segundo essa abordagem a apreciação do paciente se dá pela sua maneira de interação com as outras pessoas, que seguem o modelo interpretativo (“emoção - motivação - padrão de comportamento”) (LURHMANN, 2001: 79). Um paciente doente é alguém que possui um modo mal adaptado de se relacionar ou reagir ante as dificuldades.

A psicodinâmica enfatiza os processos de interação e as motivações individuais presentes no campo interpessoal. O que originalmente inclui tanto relações diádicas como o campo sócio-histórico mais amplo. Entretanto, cabe observar algumas nuances entre a escola inaugurada por Freud e as linhas terapêuticas que o sucederam e que são particularmente influentes na composição psicodinâmica da psicologia e psiquiatria brasileira (RUSSO, 2002). Sobre as transformações dos pós-freudianos, Cushman (1995), que faz uma sociologia da psicanálise nos Estados Unidos, observa como houve uma

⁶⁵ Reporta-se à narrativa de uma psiquiatra do HI, já mencionada no CAP.1: “O problema é que eu não sei o que é ou não um paciente para o CAPSi! Se lá tudo é comportamento... Aí fica difícil saber quando é que eles vão receber um paciente encaminhado.”

transformação do *self* freudiano, acompanhando as mudanças e tendências históricas da industrialização.

O *self* freudiano originalmente é fragmentado e se ampara numa metáfora mecânico-hidráulica de conservação e descarga de energia, num esforço para alcançar equilíbrio. Logo, a neurose seria em si mesma uma forma de equilíbrio entre instâncias que trabalham em conflito. Grosso modo, é o modelo da panela de pressão entre as motivações inconscientes e suas possibilidades (igualmente inconscientes) de expressão - um modelo civilizacional repressivo do século XIX. Na adaptação americana, principalmente no início do século XX, a necessidade de produção passou a influenciar o que ficou conhecida como psicologia do ego, cuja ênfase era o aumento do desempenho e do funcionamento adaptativo. Nessa escola, há uma preponderância e uma retificação do ego ante instâncias inconscientes, onde ganham importância os processos adaptativos de auto-regulação. É um momento de disseminação dos manuais, nos quais “o ego dominado torna-se livre para trabalhar” (CUSHMAN, 1995: 115).

Com relação aos cuidados infanto-juvenis, há nos pós-freudianos uma maior insistência num suposto desenvolvimento normal universal para crianças e adolescentes. Sobre esse assunto Cushman (1995) observa algumas convergências entre a psicologia do *self* (com expoentes como Kohut, Bowlby e Mahler) e a escola inglesa das relações objetais (Winnicott, Melanie Klein) no que concebiam o *self* como uma “entidade orgânica” que prospera naturalmente com os estímulos adequados (CUSHMAN, 1995:256). Com esses autores sobrelêva-se o papel da mãe e dos cuidados maternos na primeira infância, em especial no que concerne a sua capacidade emocional e afetiva.

Na segunda metade do século XX, época de expansão da psicologia na sociedade brasileira, essas tendências pragmáticas, junto à influência francesa (lacaniana) e das terapias corporais, foram conformando o universo psicológico das classes médias (RUSSO, 2002). Já a psiquiatria, nessa mesma época, procurava se afastar das teorias psicodinâmicas para se consolidar como ciência médica que se ocupa de eventos somáticos. Essa tendência foi impulsionada principalmente por um processo de racionalização e de inovação tecnológica iniciada nos anos 1950, com o advento dos primeiros

neurolépticos e o desenvolvimento das neurociências, que inicialmente apontavam para um determinismo biofísico das doenças mentais⁶⁶.

Até meados dos anos 1980 as duas vertentes predominantes da psiquiatria viviam uma “convivência amigável” (RUSSO & VENÂNCIO, 2006: 463). A incorporação dos medicamentos na clínica contribuía para o tratamento de “(...) pacientes até então inabordáveis, em pacientes tratáveis pela teoria da palavra.” (RUSSO, 2002: 74). Com publicação da terceira versão do DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), há um rompimento lógico e terminológico nessa interlocução. Baseado na abordagem antipsicológica de Kraepelin, o DSM-III é promulgado como um manual estatístico baseado em critérios clínicos empíricos (RUSSO, 2006). Com isso ocorre uma substituição de quase todos os termos indicativos de etiologia para uma classificação baseada unicamente na descrição clínica da queixa dos pacientes - a “medicina baseada em evidências” (MBE).

A publicação do DSM-III corresponde à consolidação da psiquiatria biológica. A exclusão de termos morais e seu caráter ateu-teórico ajudou na sua propagação ao redor do globo. Segundo Russo & Venâncio (2006), o processo de expansão do manual também ocorreu devido sua interlocução com o método experimental de pesquisa, imposto à indústria farmacêutica pela agência reguladora americana *Food and Drug Administration* (FDA). Padrões emprestados da epidemiologia como “confiança” e “validade” ajudam a generalizar para além de contextos restritos (YOUNG, 1995: 102). Essa articulação também acaba por fortalecer as convenções presentes no DSM-III e na divulgação de pesquisas com novas drogas.

A biomedicina tem sido uma tendência hegemônica da medicina mundial e dos principais órgãos internacionais de saúde. Enquanto processo social confunde-se com o movimento universalizante e capitalista que subjuga modos de existência e sistemas de cuidados e curas tradicionais. Esse processo vai de encontro às abordagens sócio-antropológicas que estudam os processos de saúde e doença de modo historicamente situado e relativo a populações e saberes frequentemente marginalizados. Considerando o fato de a interlocutora ser antropóloga e que os “discursos são pragmaticamente localizados nas relações”

⁶⁶Uma posição que passou a ser revista recentemente, uma vez que conceitos como os de “epigenética”, “neurodesenvolvimento” e “plasticidade cerebral” indicam uma combinação entre genética e ambiente na vulnerabilidade individual às doenças mentais (FREITAS-SILVA & ORTEGA, 2016)

(GOOD, 1977 (*apud* GOOD, 1990: 23) indaga-se até que ponto as asserções desqualificantes da lógica biomédica (por parte das profissionais) corresponderam à busca de um alinhamento crítico. Sem desconsiderar que a perspectiva psicossocial se estabelece na Reforma Psiquiátrica em antagonismo ao reducionismo biomédico, veremos que essa perspectiva normalmente fica restrita à escuta psicodinâmica e a uma concepção psicologizada de pessoa (DUARTE, 1994).

Na antropologia são três diferentes críticas normalmente dirigidas ao modelo biomédico: *o a-culturalismo, a exclusão do saber do paciente e a tendência à medicalização dos problemas*. Observemos sucintamente cada uma dessas três críticas:

Ao supor uma etiologia orgânica das doenças, a biomedicina parte do pressuposto que todo mal-estar é atemporal e comumente generalizado para todas as sociedades (JENKINS, KLEINMAN & GOOD, 1985). Ignora que todo “mal-estar”, “transtorno”, “distúrbio” se refere a um tipo de comportamento socialmente problemático ou mesmo inaceitável em diferentes culturas (MINAYO, 1991). Essa atitude redutora da lógica biomédica torna invisível que as pessoas que vivenciam um episódio de mal-estar se referem a comportamentos, sinais e sintomas “socialmente reconhecíveis” e de maneira “socialmente apreendida” (YOUNG, 1976: 22-23). Especificamente na “saúde mental”, isso leva a uma desconsideração da existência de diferentes “modelos de compreensão dos afetos” (GOOD, 1994).

Ao excluir aspectos sociais do sofrimento, a comunicação entre paciente e clínico se dá por exclusão do saber do primeiro. Visando lançar luz sobre essa dimensão é notória a diferenciação feita por Kleinman (1998) entre dois modelos explanatórios incompatíveis: “*illness*” e “*disease*”. “*Illness*” se refere a como as pessoas experienciam os sintomas do sofrimento. Isso envolve uma linguagem que faz parte do senso comum da pessoa doente, seus familiares e círculo social. Abrange os modos como a pessoa monitora, categoriza, explica e “auto-regula” sua experiência corporal (CONRAD, 1985); (GONÇALVES, 1998). (GOOD, 1977 *apud* GOOD, 1990) também observa como a “*illness*” se constitui como uma “síndrome da experiência”, iluminando dimensões morais da vida e revelando aspectos micropolíticos. Já o modelo da “*disease*” é uma construção biomédica. É a tradução da experiência de sofrimento para um quadro técnico de ordem puramente biológico (KLEINMAN, 1998).

Uma abordagem puramente centrada na perspectiva biomédica, que negligencia concepções e significados do paciente pode ter impacto no tratamento. O paciente, ao contrário do que sugere a etimologia, não

é um ser passivo às determinações médico-psicológicas. Os pacientes podem ficar confusos, frustrados em relação às suas expectativas e lógicas de “auto-atenção” (MENENDEZ, 2003)⁶⁷, o que pode conduzir a “não adesão” ao tratamento proposto (CONRAD, 1985).

Segundo Young (1976), durante um episódio de mal-estar, crise ou distúrbio, as pessoas selecionam eventos e constroem uma etiologia que se manifesta em narrativas. Esta seleção aponta para tipos de relações entre eventos, “especialmente relações socialmente prescritas ou ideais” (YOUNG, 1976: 19). Tais explicações sociais, carregadas de conteúdo moral, revelam aspectos importantes da experiência de grupos sociais estrangeiros ou de uma mesma sociedade.

A partir dos anos 80 em diante surgem alguns estudos no Brasil indicando uma variação no modo como as pessoas das classes populares experienciavam o sofrimento se comparadas às das classes médias e a concepção da biomedicina (DUARTE, 1986 e 2003) (ALVES, 1994) (SILVEIRA, 2000) (MALUF & TORNQUIST, 2010). A exemplo da categoria “nervos”, analisada por Silveira (2000) numa comunidade de Florianópolis, tendia a ser apreendida pelos profissionais da saúde como histeria, e ser combatida com calmantes. Entretanto a autora mostra como a categoria carrega mais significados do que aqueles propostos pela concepção médica ou psicológica de histeria: os “nervos” revelavam padrões interpessoais de mulheres que se viam como bondosas e que ansiavam por retribuição. Ainda sobre a categoria “nervos”, é pioneiro no Brasil o estudo de Duarte (1986). Para este autor, situar o sofrimento pessoal no âmbito do “nervoso”, indicava uma lógica de percepção da perturbação no âmbito “físico-moral”. Assinalava ainda uma noção de pessoa relacional, que contrastava com os princípios da ideologia do individualismo. Aquilo que Duarte (1994) salienta como a dimensão físico-moral não se confunde nem com um psicologismo, nem com um sociologismo. Não é guiado nem por sentimentos e emoções individuais, nem por um plano puramente social, ou físico: “os nervos são uma típica representação relacional da pessoa, enquanto o psiquismo é uma representação individualizada, associável às marcas ideológicas mais amplas da modernidade ocidental” (DUARTE, 1994: 85). Além do caráter relacional, Alves (1994) atenta para o caráter “processual” do modo como as pessoas interpretam suas “perturbações”. Os significados sobre o mal-estar estão imersos num círculo de interações sociais.

⁶⁷Segundo Menendez (2003) a “auto-atenção” é uma categoria que problematiza a saúde/cuidado/atenção, como um processo estrutural.

Paralelo à lógica físico-moral da perturbação, Maluf (2010) observa cada vez mais entre mulheres de classes populares um movimento de medicalização e de psiquiatrização da experiência, pressionando no sentido de um “deslocamento da experiência de sofrimento e aflição para o campo da saúde” (MALUF, 2010). Essa mudança reflete o advento da “medicalização”, um termo elaborado por Ivan Illich (1975, apud SINGER, 1978) para descrever uma incorporação crescente pela medicina de outras áreas da vida. Dessa forma situações vitais que fazem parte da vida cotidiana dos sujeitos são convertidas em doença (MENÉNDEZ, 2003: 193).

Na psiquiatria, especificamente, observa-se o processo de medicalização ocorrendo de maneira muito potente. Sobre esse processo observamo-lo em dois tempos: num médio e num curto prazo. O que consideramos médio prazo remete à segunda metade do século XIX, quando segundo a pesquisa de Caponi (2009) ocorre uma virada epistemológica importante. Um dos principais atores nesse processo foi a teoria de Morel (1857), que possibilitou a “clínica ampliada”, ou seja, a psiquiatria para fora do asilo e do patológico. Essa mudança consistiu em tomar quaisquer desvios estatísticos e anomalias como “degeneração” abrangendo toda uma série de condutas e comportamentos cotidianos.

Num período mais recente, desde a segunda metade do século XX, observa-se a consolidação dos DSM's (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Tem-se notado que cada revisão do manual ocorre uma progressiva expansão do mesmo, com a inclusão de novos “transtornos” e “distúrbios”, assim como um afastamento total da teoria psicodinâmica original, notadamente a partir do DSM III, em 1987 (DUNKER & KYRILLOS NETO, 2011).

O esforço de colocar lado a lado as abordagens psicodinâmica, biomédica e antropológica, deu-se no sentido de observar convergências e divergências de maneira reflexiva. Pois o CAPSi, enquanto uma “clínica do sofrimento” se constitui histórica e eticamente por oposição à biomedicina, alinhando-se assim a parte da crítica antropológica - em especial no que tange a uma defesa da singularidade do paciente e à crítica da medicalização dos problemas. Isso pode ter direcionado a ênfase narrativa das profissionais no sentido de uma manifesta evitação do diagnóstico e da medicamentação⁶⁸. Observa-se, entretanto, que na prática, a singularidade do paciente nos termos psicodinâmicos fica

⁶⁸Muito embora a medicalização não seja reduzida à questão da medicamentação.

reduzida e reforça uma perspectiva individualista de pessoa, em geral vítima de circunstâncias sociofamiliares desfavoráveis. Assim como a injunção de amparar sofrimentos apresenta convergências com a perspectiva biomédica, causando ambiguidades nas profissionais e ruídos na rede de saúde mental.

4 NARRATIVAS SOBRE EXPERIÊNCIAS DE AFLIÇÃO E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Nos dois capítulos anteriores contemplaram-se práticas e discursos que ocorrem sob uma ótica institucional. Naqueles, profissionais identificavam um contexto de risco e trabalhavam em práticas terapêuticas conciliadoras ou emancipatórias. Neste capítulo, procurou-se trazer as vozes dos sujeitos que estão implicados na condição de “usuários (as)” dos tratamentos oferecidos pelo sistema de saúde. O foco deste capítulo, portanto, são os modos como sete jovens entrevistados constroem sentido e se colocam nas suas experiências de aflição e na trajetória terapêutica até o CAPSi. Estes relatos são tratados como narrativas, no que expressam um ato interpretativo com sentidos tanto particulares quanto sociais acerca de uma “vivência de aflição” e de uma “vivência terapêutica” (MALUF, 1999:73).

As narrativas que são objeto deste capítulo partem de jovens que estão atualmente sendo tratados no CAPSi e, portanto, traçam, num modelo de retrospectiva, uma experiência da aflição combinada a trajetórias de tratamento ou encaminhamentos diversos. O contato prévio entre os jovens que relatam suas experiências, com agentes de saúde e da assistência social, assim como as experiências prévias com práticas clínicas e psicológicas (que incluía o consumo de psicotrópicos), não pressupõe, contudo, uma adesão necessária à lógica explicativa do setor da saúde. A intenção é notar que mesmo quando os conceitos pareçam idênticos, os usos e relações feitas com os mesmos não coincidem as do “modelo explicativo” (KLEINMAN, 1988) do âmbito profissional.

Os relatos dos jovens sobre suas vivências da perturbação têm em conta um percurso implícito, assim como uma situacionalidade, que desautoriza uma interpretação puramente referencial. Como descreve Maluf (1999), a produção de sentido nas narrativas não ocorre de forma unilateral, mas como uma “multiplicidade de interferências” (MALUF, 1999) na qual concorrem aspectos individuais, socioculturais e relativos a um contexto de enunciação. Outro aspecto da reflexão em torno das narrativas presentes neste capítulo diz respeito “à problemática central” (MALUF, 1999: 77) que as estruturam. Esta aponta para um fio condutor permeado por “situações significativas” mencionadas por cada

indivíduo (MALUF, 1995: 6) no seu contexto de vida. Essas situações são organizadoras da experiência em função de certos eventos como mudanças de localidade, sentimentos, conflitos, que funcionam como marcos de uma experiência de vida.

Neste capítulo também se aborda o assunto do itinerário terapêutico, conceituado por Alves como “as atividades desenvolvidas por um sujeito na busca de tratamento para doença ou aflição” (ALVES, 2015). Este tem, nos relatos de muitos jovens, a particularidade de não ser explicitamente oriundo de uma escolha pessoal, embora atrelado a um “campo de possibilidades” (VELHO, 2013, 2003) do seu universo sociocultural. Isto porque, conforme o caso, o itinerário terapêutico passa por uma imposição ou por uma decisão compartilhada entre o (a) jovem e os familiares, juízes, professores. São casos em que os jovens geralmente são encaminhados ao serviço como uma reação a determinadas ações tidas como patológicas (se cortar/se ferir, não querer mais ir à escola). Essa menção “coercitiva” - que não descarta em todo caso, uma densidade retórica de submissão/resistência - torna mais premente a avaliação de Alves e Souza (1999) sobre a insuficiência da análise de uma escolha racional e voluntária do itinerário terapêutico. Antes, são aspectos cognitivos, circunstanciais e relacionais que atravessam experiências pessoais, valores e contextos socioculturais e que nem sempre contribuem num modelo de saúde coerente.

4.1 “DESMOTIVADOS”, “ISOLADOS”, “INDIFERENTES”, “PRESSIONADOS”, “DEPRIMIDOS”: SUJEITOS DE UMA DEMANDA EM CRESCIMENTO

Os jovens atendidos no CAPSi eram na maioria jovens oriundos das classes populares e baixos estratos da classe média, encaminhados sob a lógica da rede intersetorial de atenção psicossocial⁶⁹. Ou seja, no que tange aos interlocutores deste estudo, foram mais frequentemente encaminhados de outros setores de saúde (posto, centros de saúde ou hospital), mas também via instituições de assistência social (casas de acolhimento), por suspeita de um “transtorno mental”. Após o “acolhimento” inicial - nos quais as profissionais atendem o jovem individualmente e observam a pertinência e gravidade do caso⁷⁰ - eles

⁶⁹ Trata-se da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), descrita no primeiro capítulo.

⁷⁰ Pertinência e gravidade/risco foram os quesitos identificados nos relatos dos profissionais sobre os casos novos ou em “acolhimento” (ver cap. 2)

eram encaminhados para as atividades do CAPSi. Estas se davam conforme a idade (onde “adolescentes” estavam compreendidos no parâmetro etário legal dessa definição: 12-18 anos incompletos). E as atividades previstas para este grupo etário ao tempo da pesquisa eram: o grupo de terapia, a terapia individual, as consultas psiquiátricas, as oficinas “corpo e movimento” e de artesanato.

Quando iniciada a pesquisa exploratória no CAPSi, ouviu-se das profissionais sobre um aumento da procura por atendimento de jovens identificados com sintomas similares aos da depressão. Estes também eram frequentemente descritos com atributos do tipo: “desmotivados”, “isolados”, “indiferentes”, “pressionados”, o que por um lado intrigava as profissionais e por outro tendia a mobilizar uma série de explicações causais. O paradoxo observado pelas profissionais na queixa desses jovens remete à percepção da adolescência como uma fase empolgante da vida, onde o indivíduo se encontra no ápice do vigor vital (“no auge da vida”⁷¹). Essa ideia, em parte oriunda do senso comum, em parte construída por teses psicopedagógicas sobre a “adolescência”, situa esta fase como um período de descobertas e questionamentos sobre si e sobre o mundo, que conferem um desejo de construção de si mesmo, a partir de modelos e grupos de identificação. Trata-se, portanto, de um momento que só encontra sentido em relação a um devir, a uma projeção de futuro.

A percepção de desmotivação e recusa desses jovens em relação a projetos futuros suscitava explicações por parte das profissionais. Estas encontravam no modelo de “sociedade capitalista” e na trajetória de vida desses jovens - repleta de eventos e modelos sociais e parentais “problemáticos” - empecilhos ao bom desenvolvimento individual.

Guiando-se pela percepção das profissionais, pensei inicialmente selecionar para serem entrevistados, jovens com suspeita de diagnóstico de depressão. Para tanto, foi solicitado às profissionais para apurarem alguns nomes que seriam contatados individualmente. Foram então indicados onze jovens. Destes, sete foram entrevistados. Quatro numa sala do CAPSi normalmente destinada a reuniões e oficinas, ao redor de uma mesa, e três fora da instituição, num local escolhido por eles (na própria residência e na mesa de uma lanchonete fechada). Nestas diferentes situações procurou-se uma situação de privacidade em que outras pessoas não pudessem escutar o que estava sendo dito. As entrevistas também foram registradas por intermédio de um pequeno gravador que ficava num canto da mesa ou próxima ao corpo do jovem.

⁷¹ Segundo a fala de uma profissional do CAPSi.

O método de abordagem para as entrevistas foi a partir de contatos pessoais⁷² (no CAPSi) onde se indagou se concordavam em participar da pesquisa. Em seguida apresentavam-se os termos de consentimento informado (um a ser assinado por eles e outros pelo responsável) e marcava a entrevista em algum local. Dos onze contatados, um não quis participar e três não apareceram para a entrevista por mais de duas vezes. Dos entrevistados e indicados para entrevista, a maioria participavam do grupo de terapia para adolescentes e todos haviam participado do grupo por algum tempo.

Antes da entrevista, me apresentava como pesquisadora-antropóloga, e mencionava o propósito resumido da pesquisa: “pesquisar sobre o mal-estar juvenil através de observações e escuta das experiências individuais”. A entrevista era semi-estruturada, guiada por um roteiro básico (ver anexo) sobre o itinerário e as experiências em relação à aflição: Como foi até que os jovens chegassem até o CAPSi ou sobre as ocasiões de ingresso num tratamento no campo da saúde mental; como eles se sentiam e percebiam os tratamentos propostos; expectativas de melhora e suas ideias em relação ao futuro pessoal.

No desenvolvimento da entrevista privilegiamos o que Guber (2004) chama “perspectiva do ator” - observando conceitos que levavam em conta a reflexividade da ação humana, bem como tentando aprofundar experiências que orientavam as motivações de cada um. Desse modo, o tom da conversa era dado por eles: sobre o que eles pensavam ser a causa do seu sofrimento; os modos em que os nomeavam; as procuras individuais para cura. Observando essas diferentes perspectivas, um dos caminhos analíticos para a análise das experiências foram as “formas expressivas” relativas a ações e enunciados presentes nas narrativas de aflição (ALVES&SOUZA, 1999:131). Essas formas expressivas servem a seguir de subtítulo sobre a entrevista de cada jovem. Denotam, portanto, uma significação em torno da própria experiência de mal-estar.

A situação das entrevistas inicialmente causou contrariedade por parte de algumas profissionais do CAPSi. Algumas se manifestaram contra essa possibilidade, me explicando um temor de que as entrevistas pudessem suscitar eventos desfavoráveis, como “crises” e “surtos”, suscetíveis de atrapalhar seus trabalhos e de gerar acusações de responsabilidade da parte dos familiares dos jovens. Com o passar do

⁷²Exceto com um, que se deu por telefone, onde se soube que tinha desistido de frequentar o CAPSi.

tempo, a oposição declarada deu lugar a uma aceitação cautelosa, com espiadelas ocasionais na sala de entrevistas.

Com relação aos jovens, a disponibilidade para as entrevistas foi variável. Enquanto alguns aceitavam participar e mostravam-se mesmo desejosos de falar, outros apresentavam receios, diziam-se nervosos com a expectativa de um “interrogatório” e alguns não compareceram ao dia marcado para entrevista. Dos que se mostravam mais disponíveis a falar, percebemos motivações variadas como o desejo de narrar sua superação, desejo em contribuir com a universidade ou com algum tipo de estudo religioso ou esotérico⁷³. Além das motivações descritas não se pode desprezar que o contexto do CAPSi, onde se deu o contato com os adolescentes, estimula uma socialidade de falar de si e refletir sobre si mesmo (parte do “efeito psi” identificado por Figueira, (1978)) e que de alguma forma confunde-se com a atitude de narrar as próprias experiências.

A seguir apresentaremos breves relatos dos sete jovens entrevistados sobre seu mal-estar e itinerários terapêuticos. Estes remetem a diferentes contextos de vida nos quais se buscou salientar passagens significativas, percepções pessoais e modos de expressão particulares.

4.2 ROMEU⁷⁴: “EU NÃO ERA COMPATÍVEL COM NINGUÉM.”

Romeu, um menino negro e com 18 anos no momento da entrevista, foi o primeiro jovem contatado e não por acaso. Ele era um dos mais antigos freqüentadores do grupo (e o mais velho), no qual era relativamente participativo. Romeu morou por toda a vida num bairro suburbano próximo ao aeroporto, historicamente constituído por ocupação e por uma população de baixa renda⁷⁵. Seu pai é pastor testemunha de Jeová e sua mãe costureira (mas no período se dedicava também a estudar para concursos públicos). Estes eram casados e Romeu tinha ainda uma irmã mais nova. Com relação ao desempenho escolar, ele relata que sempre foi “satisfatório”, pois nunca rodou de ano. Sua experiência profissional foi um estágio como *office boy* na

⁷³Sobre o imaginário esotérico com o qual, no senso comum se confunde o da disciplina antropológica, ver Maluf (1999).

⁷⁴Os nomes que constam neste trabalho são fictícios, de acordo com o previsto na Resolução CNS n° 466/12.

⁷⁵ Segundo a classificação de “áreas de interesse social”. (PMF, 2006).

prefeitura, que abandonou após um período de “crises de ansiedade e depressão”. No final da pesquisa sabemos que ele passou no exame da escola técnica pública para o curso de técnico em agrimensura.

Romeu é um menino alto, simpático, embora tenha mantido uma postura de reserva. Quando o encontrava ou o via com outros participantes do grupo na sala de espera do CAPSi, observava que ele não era do tipo que tomava a iniciativa de cumprimentar ou iniciar uma conversa. Mas raramente faltava ao grupo e durante a terapia era bastante participativo. Naquele contexto, me chama atenção seu interesse e as provocações reflexivas que fazia a partir da fala dos colegas, retornando indagações sobre o sentido da vida, sobre a felicidade e sobre a amizade; pondo outros jovens a meditar sobre o que acabaram de dizer. Seus depoimentos pessoais, entretanto, eram bastante sombrios. Mostrava insatisfação em relação à própria vida, assim como descrença e pessimismo para com a humanidade. Eram relatos de raiva e ressentimento, nos quais expressava a vontade de construir uma bomba atômica e explodir tudo. Antecipando assim um horizonte de justiça presente no “Armagedon” (como tratará adiante), que compõe o universo mítico das testemunhas de Jeová.

Esses temas retornaram durante a entrevista, onde também pareceu muito confortável em falar sobre si mesmo. Parecia um domínio no qual ele estava no controle e a entrevistadora deveria simplesmente acompanhar o que ele dizia. Observou-se também que não hesitou em expressar suas dúvidas, coisas que o estavam incomodando e dar o tom sobre o que acreditava ser a verdade de seus problemas. No final da entrevista me interrogou sobre o propósito do meu estudo. Suspeitava, que a Antropologia fosse um tipo de religião (“como o espiritismo”) e parecia esperançoso de que eu estivesse procurando uma solução grandiosa e definitiva para os problemas da humanidade.

O contato com Romeu se deu logo após o grupo de terapia, onde marcamos uma entrevista para a semana seguinte, após sua consulta individual com a psicóloga do CAPSi. A entrevista se deu de forma fácil. Ele parecia confortável em falar sobre sua trajetória até o tratamento no CAPSi. Estava muito convicto sobre a origem de seu sofrimento, que ora chamava de “doença”, ora de “incapacidade”, da qual esperava alcançar a “cura definitiva” em algum momento do seu tratamento.

Embora só tenha frequentado psiquiatras da atenção básica e o CAPSi a partir de seus 16 anos, relatou ser antiga a percepção de que havia algo errado no seu modo de ser e sentir. Nas suas palavras,

percebera desde que era muito pequeno, ser portador de uma “inabilidade” incontornável de “se chegar com as pessoas”. Isso aconteceu em várias esferas da sua vida: da dificuldade em se enturmar no bairro, mas também no colégio, em que as dificuldades em “cativar” os colegas o fadavam ao isolamento: “É que eu via que as pessoas não tinham prazer de conversar comigo, daí eu comecei a perguntar POR QUE elas não têm prazer de conversar comigo, mas elas têm prazer de conversar entre elas, entendeu?” Chegou a comentar esse problema com a mãe algumas vezes e a por em prática alguns dos conselhos dados por ela, como iniciar conversas sobre assuntos que interessariam a outros meninos da mesma idade, como por exemplo, “futebol”. Mas avalia que nenhuma dessas estratégias dava certo para ele, resultando numa vida mais solitária do que gostaria.

Desde o começo da entrevista Romeu demonstrou autoridade com relação ao saber sobre o próprio sofrimento. Antes de ir voluntariamente a um médico para mencionar seus “problemas psicológicos”, ele mesmo fez seu diagnóstico pela internet. Isso ocorreu quando tinha aproximadamente 16 anos, e resolveu listar seus “sintomas” na rede: “lembro que nesse período eu pesquisei bastante na internet e coloquei assim, os sintomas que eu tinha, tal, e vi bastante doenças que se relacionavam muito com que eu apresentava e tal. Eu creio que eu tenho essas doenças e vou no médico (pensou).” E assim, aproveitando-se de uma consulta para tratar uma gripe no posto de saúde com o clínico geral, fala a este que desconfia ter “problemas psicológicos”. Relata então os sintomas que havia identificado na internet, e o médico lhe confirma a suspeita de que tinha “depressão moderada e TOC” (Transtorno Obsessivo Compulsivo).

Um breve parêntese para situar que esse diagnóstico médico, entretanto, não coincidia com a percepção das profissionais do CAPSi. Para estas, Romeu possuía um “distúrbio de personalidade”, que ia ao encontro do modo recalcitrante como este se auto-diagnosticava e entendia seu problema como de ordem “neuro-cerebral”. Isto é, sentiam dificuldade para desconstruir essa percepção de Romeu, de que possuía um tipo de doença, bem como dissuadi-lo em sua repetida necessidade de compreender como tudo funcionava no nível neurobioquímico. Tudo isso me parecia confuso, pois invertia minhas próprias expectativas quanto ao que ouviria dos jovens e das profissionais, bem como sobre o que tensionava quanto à autoridade diagnóstica e terapêutica, como se verá também a seguir.

No relato de Romeu, o itinerário terapêutico é organizado a partir das experiências com os efeitos das substâncias que lhe foram

receitadas. Diz que na primeira consulta, lhe foi prescrita “fluoxetina”, que o deixou ainda mais ansioso e deprimido. Foi então que voltou a pesquisar na internet, desconfiando que o medicamento não fosse o melhor indicado para o seu caso: “vi que ele tem indicação pra depressão, mas pra ansiedade não tem e tal... É indicado também pra incontinência urinária...Alguma coisa assim parecido. Aí eu falei: ah não, eu acho que esse médico não está sabendo dar o medicamento que eu preciso”. Devido à resistência do médico em mudar a sua medicação, resolveu procurar outra médica do posto de saúde, que o informou e o encaminhou para uma psiquiatra recém contratada no mesmo posto. Esta psiquiatra lhe receita “paroxetina”, que depois Romeu confirma na internet ser o mais adequado para seu quadro: “... porque servia para fobia social, TOC, ansiedade generalizada, ataque de pânico e.... essas coisas aí.” Entretanto diz que o medicamento só fez efeito na metade da segunda semana e durou pouco tempo. O efeito logo desaparecia. E assim seguiu reivindicando uma troca de medicação, mas o mesmo parecia se repetir: “Depois de um tempo é como se meu organismo se acostumasse com o remédio”.

Diante da dificuldade em tratá-lo, a psiquiatra do posto de saúde o encaminha ao CAPSi, que ele frequenta há alguns meses. Lá faz terapia de grupo, terapia individual e medicamentosa, e continua sua busca pelo remédio adequado: “Agora eu tô tomando a “clomipramina”, e, quando a psiquiatra voltar eu vou mudar pra um medicamento novo que é a “venlafaxina”, entendeu... E eu tô torcendo pra que isso me ajude né!”

A referida incompatibilidade de Romeu com pessoas e medicamentos não tiram sua esperança de um dia melhorar, superar suas “incapacidades” e torna-se uma pessoa “compatível” com as outras. Isso, segundo ele, seria análogo a ter uma vida com amigos, onde conseguiria “sair, curtir, se divertir”. Por enquanto continuava com a impressão de que entre ele e os demais havia um abismo de diferenças que levava as pessoas a desistirem dele e o deixarem de lado. Esse abismo, segundo me conta, remete à sua excessiva sensibilidade com injustiças, às quais as pessoas de modo geral parecem possuir a habilidade de ignorar, mas que para ele causam “depressão” e “ansiedade”:

Ansioso porque eu meio que não sabia o que eu tinha que fazer, mas eu sabia que tinha que fazer alguma coisa, e eu sempre fico à procura desse o quê. E depressivo, por causa do mundo como ele

é. Por causa de que nesse momento tem muitas pessoas que estão sofrendo– ou não; ou estão se beneficiando desse sofrimento, entendeu.

Sobre essas injustiças, me precisa que se tratam de crimes: “assassinatos”, “estupros”, coisas que ele vê na televisão e que o fazem concluir que a humanidade “ainda precisa evoluir muito”, caso “não se acabe antes”. Situa, portanto seus problemas em duas esferas, não necessariamente isoladas. A primeira seria a aprendizagem ou aquisição de uma *frieza* com relação aos demais e aos sofrimentos do mundo. A segunda seria o consumo do psicofármaco que propiciasse essa experiência e o conduzisse num maior alinhamento sensível aos demais:

É que pra viver, o que eu mais precisaria é ser frio, não se preocupar com as pessoas. Não se importar se as pessoas estão sofrendo ou não; e.... Conseguir tratar essas doenças que eu tenho. Com essas duas coisas feitas pode ser que eu tenha uma oportunidade de conseguir viver. Porque não teria como, condições de eu viver. Não existe.

A sensibilidade com injustiças e de cativar outras pessoas eram um tema frequente no grupo de terapia. Neste, expressava ironicamente uma raiva resignada da humanidade. Comigo, não deixa de notar que meu interesse em escutá-lo esconderia algum benefício egoísta. Me alerta de antemão de que nada do quealaria pra mim seria “produtivo” para minha pesquisa, pois não costuma falar “coisas produtivas”. Essa conclusão remete à percepção de que as pessoas não costumam ter interesse no que ele diz.

Ao final da entrevista me pego motivando Romeu, pontuando o quanto sua participação empolga outros jovens a falarem no grupo de terapia. Ele confessa que o CAPSi é o único lugar em que as pessoas tem interesse no que ele tem para falar. Esse entusiasmo pelo CAPSi, à época, poderia estar relacionado -e isso vinha preocupando as profissionais - à paixão por uma estagiária que o incentivara a tocar violão: “Eu vi as músicas, ele cantava apaixonado!” - relata uma profissional na reunião de equipe. O receio era de que quando ele percebesse que não estava sendo correspondido deixasse de se interessar pelo tratamento do CAPSi, que seguia com uma assiduidade incomum a outros jovens.

Motivar Romeu, de algum modo, parece ser uma atitude comum dos que queriam o bem ou simplesmente se incomodavam com a sua exagerada auto-depreciação. De todo modo, o mundo lá fora era diferente. Pode ser que não encontrasse tanta preocupação e tolerância dos outros para consigo. Sobre isto, Romeu parecia exato.

4.3 RAFAEL: ALOPÉCIA, SOLIDÃO E POUCA PACIÊNCIA.

Rafael tem 13 anos, é branco, magrinho e não muito alto. Mora numa praia no norte da Ilha que tradicionalmente é destino turístico e local de veraneio da classe média da cidade, mas que tem se expandido nos últimos anos (bairro e arredores), em áreas de invasão (PMF, 2006) e local de residência de uma população de baixa renda. Mora com a mãe e estuda.

Rafael já havia freqüentado o grupo de terapia para adolescentes, mas já não o fazia ao momento da pesquisa. Quando o encontrei, estava acompanhado do pai, que veio buscá-lo da consulta com a psiquiatra. Com o incentivo do pai, aceitou participar da pesquisa. Sugeriu que a entrevista fosse na casa do pai, em Canasvieiras, que era próxima e mais fácil de encontrar que a da mãe, com quem morava. A entrevista ocorreu na sala da casa, sem que ninguém mais estivesse presente.

A mãe de Rafael trabalha com serviços gerais no Forte São José da Ponta Grossa e seu pai é mecânico. Segundo espontaneamente me conta, os pais se separaram quando Rafael tinha sete anos e a mãe decidiu voltar para Porto Alegre, sua cidade de origem, levando Rafael e o irmão de quatorze anos. Alguns anos mais tarde o irmão mais velho casou e resolve retornar à Florianópolis, cidade da esposa. Rafael comenta que ter ficado longe do irmão foi muito difícil: “Eu era muito apegado no meu irmão. Porque (quando) o pai saiu de casa eu tinha sete anos. Ele (irmão) tinha quatorze. Daí a gente cresceu junto. Brincando, e ele me ensinou tudo. Daí eu fiquei só com a mãe, lá e a avó e as tias (da família da mãe)”. Neste período Rafael começou a perder os cabelos e consultou vários médicos, que o diagnosticaram com “alopécia”. Após tentar vários tratamentos para esta doença os médicos mencionam a possibilidade de uma causa “psicológica”. Encaminham-no para um psicólogo e depois para um psiquiatra, que lhe receita um antidepressivo.

Nesse período, que fazia cerca de um ano, a mãe decide reunir os irmãos e mudar-se para Florianópolis. A vivência prévia na cidade e no mesmo bairro, onde já possuíam vários parentes (do ex-marido) e

conhecidos a auxiliou a encontrar rapidamente um emprego. Hoje, Rafael ainda mora com a mãe, mas também próximo do pai, do irmão e dos primos. E se diz satisfeito com essa situação.

Chegando a Florianópolis, Rafael é encaminhado ao CAPSi através do posto de saúde, quando procurava por uma renovação da receita de antidepressivo. Sua mãe, também toma antidepressivos, mas segundo Rafael, “a depressão dela é mais grave”, enquanto a dele, seria “leve”.

No CAPSi frequenta primeiramente o grupo de adolescentes por cinco ou seis sessões e na ocasião das férias (do grupo) resolve desistir. Segundo ele, não tinha vontade de frequentar a terapia de grupo porque achava “um pouco chato”, preferindo, como me diz, utilizar o tempo para atividades de lazer, ficando em casa ou saindo com os amigos do bairro. Então, me diz que passou a ser atendido individualmente pela psicóloga e depois só pela psiquiatra. Esta lhe prescreveu o mesmo medicamento que vinha tomando desde a vinda do Rio Grande do Sul, o antidepressivo “paroxetina”. Avalia que o remédio “ajudou bastante”: “Eu tomava 10, né, de 10 (mg), daí não tava adiantando e eu passei pra 20 (mg)...De pior eu tô com menos fome, mas de melhor eu tô... Antes eu brigava com todo mundo, tinha pouca paciência.” Depois revela que a perda de paciência era principalmente com a mãe, com quem mora e passa a maior parte do tempo. Mas se nega a identificar um motivo específico.

Rafael acredita que tem depressão também porque costuma se sentir “desanimado”, por exemplo, para ir à escola. Mas procura me deixar claro que tem muitos amigos na escola - como se fosse algo que já fora indagado outras vezes ou buscando fugir de um estigma que identificou como recorrente entre os usuários do CAPSi ou que conheceu no grupo: “Eu sou um dos mais brincalhões da escola, todo mundo gosta de mim. Eu brinco com todo mundo!”, “... Eu saio sempre com meus amigos”. Quando pergunto quais atividades ele faz com amigos ele fala que anda de bicicleta e vai à igreja evangélica (“Palavra Viva”). Pergunto se a ida à igreja o está ajudando de alguma forma com a “depressão”. Mas ele diz: “Não, tô indo mesmo só pra...”. Então pergunto se com o remédio houve uma melhora na alopecia e ele diz que “um pouco”. E então pergunto se a melhora se deu pelo remédio ou por vir à Florianópolis e ele diz: “Os dois. Lá eu era muito sozinho”.

Como se pôde notar Rafael fala pouco e parecia pouco à vontade com a entrevista. Suas ponderações, como por exemplo, de que teria muitos amigos e que a sua depressão seria leve, parecia um modo de se proteger do que percebia como um estigma - já que constituía queixa

comum entre jovens do grupo de terapia. Ou seja, procurou passar a mensagem de que não era (no universo dos jovens sob tratamento no CAPSi) um caso difícil, ou mesmo típico (como aqueles jovens que conheceu no grupo de terapia, que se queixavam da falta de amigos). Contudo, após meditar sobre si mesmo nas consultas com a psicóloga e psiquiatra, percebeu de que além da perda de cabelos, também era impaciente com a mãe e se sentia desanimado a frequentar a escola. A mudança positiva que sentiu em si após o consumo de antidepressivos, lhe sugeriam que além da alopecia, ele teria uma “doença”. Uma “depressão leve”.

4.4 VIVIAN: “NINGUÉM ME AMA, NINGUÉM ME RESPEITA, DIZEM QUE EU SOU UMA DOENTE.”

Conheci Vivian no grupo de adolescentes. Ela tinha 17 anos, é morena e tinha à época, o cabelo pintado de rosa. Durante a primeira sessão que eu a vi no grupo, sugeri que poderia ler um trecho da música de RAP que acabara de escrever no ônibus. A música se chamava “depressiva”, mas acabou por não ser lida, pois ninguém se mostrou interessado. Quando a encontro, responde ao meu pedido e me traz esta e outras músicas que escrevera recentemente, reunidas em um caderno. Na capa, estava o título do álbum, “Meu mundo.” As músicas eram intituladas: “*schizophrenic*”, “depressiva”, “bipolaridade”, “reviravolta no passado”. Estas versam (ao estilo RAP) suas experiências com as “visões”, com os psicotrópicos que tomou, sobre seu ímpeto de se auto-mutilar, sentimentos de medo, solidão, tristeza e ânsia por superação, de “dar a volta por cima”, como diz.

O contato com Vivian se deu após o grupo, onde trocamos telefones e marcamos uma entrevista. Combinamos de nos encontrar próximo ao local onde estava trabalhando há alguns dias, após o seu expediente. Naquele período, ela morava num bairro periférico⁷⁶, o Rio Vermelho, e fazia experiência num estabelecimento comercial na Lagoa

⁷⁶ Essa classificação é complicada em Florianópolis, dada a geografia e o perfil de ocupação da Ilha. Opta-se daqui por diante, colocar o nome do bairro. Esses bairros tem em comum serem relativamente distantes do centro da cidade e possuem um perfil de ocupação misto (entre uma população tradicional, descendentes de pescadores artesanais e habitantes mais recentes, majoritariamente “imigrantes do interior” ou de outros estados (PMF, 2006)). São ainda locais onde o aluguel e o valor dos terrenos são mais baixos que nas zonas centrais, mas que não constitui um assentamento urbano, o que informalmente conhece-se por favela.

da Conceição como estoquista. Por ter arrumado esse trabalho disse que não teria mais tempo para frequentar o “grupo de adolescentes” do CAPSi. E de fato não apareceu mais.

A conversa se deu na mesa de uma lanchonete que não estava funcionando, o que permitiu mais privacidade. Mas essa parecia ser uma preocupação mais minha do que dela, pois durante a conversa passaram bem próxima a nós umas quatro pessoas e ela não se inibiu, por exemplo, interrompendo a narrativa. Falava alto e com entusiasmo. Contava sua história e diversas passagens de sofrimento num tom firme e orgulhoso, com repetidas ponderações de como, apesar das suas dificuldades, pretendia seguir adiante dignamente.

Quando encontro Vivian, a primeira coisa que ela abruptamente me fala é: “Até os dois anos eu morei com a minha avó. Minha mãe mudou de cidade (de Chapecó para Florianópolis) e me deixou com ela, eu não sei por quê!”. Além dessas últimas cidades, Vivian também morou em Portugal para onde os pais emigraram em busca de “uma vida melhor”. Lá tiveram também uma segunda filha.

Há dois anos, com a piora da oferta de trabalho em Portugal, os pais retornam à Florianópolis. Atualmente a mãe trabalha na cozinha de um restaurante e o pai faz empregos temporários na construção civil.

O retorno para o Brasil é algo de que Vivian lamenta muito. Diz que na época da mudança já tinha um “pressentimento” de que o regresso seria algo ruim para ela. Por isso, resolveu fugir de casa: “A polícia foi me procurar e me achou. Eu queria ficar lá... E eu queria decidir qual seria o meu caminho eu não queria mais ser fantoche do meu pai e da minha mãe... Vim - voltar, vim - voltar, ir pra qui, prá lá...”. Diz que lá em Portugal a rotina dela era melhor porque ficava o dia todo no colégio onde possuía um círculo de amigos não muito grande, mas que a faziam sentir integrada e mesmo “respeitada por alguns”. Aqui em Florianópolis ela estuda meio período e o restante do tempo fica em casa, onde relata muitos atritos com os pais, que não a valorizam.

Eles não querem uma filha, eles querem uma empregada...: -Vivi (apelido),vai lavar louça; Vivi, põe a roupa pra lavar; vai estender roupa; vai recolher; vai guardar; vai fazer comida; vai limpar a casa; vai fazer isso; vai fazer aquilo. Não há uma conversa de: Como é que tu tá, como é que tu tá se sentindo?

Reclama também que os pais não consideram relevantes as atividades que ela gosta, como a leitura, as músicas de RAP e as páginas do *Facebook* onde ela incentiva outras pessoas a lerem, escreverem e compartilharem letras de RAP:

Eles dizem que é uma coisa que não tem necessidade. Mas eu acho que tem necessidade sim: uma pessoa jogar pra fora, falar o que ela sente não ficar com aquilo dentro, sabe, trancando a gente! Só que eles não entendem isso, então há sempre aquela briga.

Ela também fala que os pais não entendem como é sofrer de “depressão”, em que não encontra forças para sair da cama. Não entendem que ela é uma pessoa “muito sensível”, em que qualquer olhar ou palavra podem afetá-la muito. Por isso também sente muita raiva: “E eu posso ser muito agressiva, não a bater mais, pelo modo de falar. Então para eles é muito conflituoso, sabe.” Por conta das recorrentes brigas com seus pais, decidiu procurar um emprego com o propósito de sair de casa. Uma maneira que ela encontrou de escapar do sentimento de depreciação constante que sentia na família e tomar as rédeas do seu destino. Fala que fugir (como fizera no passado, em Portugal) já não era uma solução satisfatória. Pretendia “dar a volta por cima! (...) Sair pela porta da frente!”. E naquele momento enfrentava as dificuldades desse projeto, revelando que era provável que não permanecesse no emprego, pois o que receberia como pagamento não alcançava o preço de um aluguel. Também não pensava no momento em dividir uma moradia com ninguém.

Embora pense que vida em Portugal fosse melhor que a atual no Brasil, diz que naquele país já fazia auto-mutilações com alguma frequência por conta da tristeza, do medo dos “monstros” e das “pessoas mortas” que ela já via e ouvia. Conta-me que certo dia se cortou muito profundamente no banheiro da escola e foi descoberta pela faxineira, que comunicou à coordenação. Isso ocorreu quando ela tinha quinze anos e foi o motivo de ela começar a frequentar psicólogos e psiquiatras, mas nunca totalmente de acordo com essa idéia. Diz que na época lhe passaram um medicamento que a deixava “mais louca ainda” e que logo parou de tomar, com o incentivo da mãe que ficou muito assustada quando ela lhe conta de que sob efeito do medicamento, tudo que ela tocava “ganhava vida”: por exemplo, “ia comer e o prato, o talher, ganhavam vida...”.

Pergunto como foi a situação (já aqui no Brasil) na qual ela foi encaminhada ao CAPSi. Ela diz que “foi obrigada”. Pois inicialmente tinha ido à médica do posto de saúde somente em busca de um atestado para frequentar a academia de ginástica:

Só que daí era verão e ela viu todos os meus cortes dos meus braços. Aí ela começou a perguntar o quê que eu tinha. Aí ela me mandou direto pra psicóloga e eu fiquei tipo, tá... Né! Aí eu fui, ela começou a falar comigo, eu era bem fechada, não falava, depois de muito tempo, ela insistindo, minha mãe insistindo... (Ela começou a falar mais).

Depois de alguns meses se consultando com a psicóloga do Posto de Saúde ela foi encaminhada para o CAPSi: “Eles acharam que eu era muito complicada... Disseram que eu tinha que ter um lugar especializado pra mim e tal. Eu... Como lá o CAPSi tinha, eu falei: - Tá bom. Aí eu fui.” Diz que no início não tinha a mínima ideia como funcionava o CAPSi. Pensou simplesmente tratar-se de “um lugar para loucos”:

Aí eu entrei lá e comecei a notar que eram pessoas normais e eu é que era estranha né! Porque era eu que via e ouvia. Daí eu fiquei tipo... O que que eu tô fazendo aqui, né?! Eles são normais, eu que sou anormal daqui! Com o tempo eu fui me habituando. Eu vi que não é ser normal ou anormal... É apenas coisas diferentes que a gente tem.

Quando Vivian inicia o programa de tratamento no CAPSi, é recomendada para as oficinas terapêuticas, algo que conta não ter gostado, por não se identificar com trabalhos de artes manuais⁷⁷. Depois passou a frequentar o “grupo de adolescentes” e ter consultas com a psiquiatra. Fala que embora a terapia de grupo às vezes lhe causasse uma sensação de estranhamento (pois os outros jovens quase não falavam), foi algo que a ajudou a ser mais “comunicativa”. Ela disse que

⁷⁷“Não, no início tipo, eu não gostava porque era muito artesanal e eu não gostava de mexer com...tipo aquela coisa pra...de barro, sabe e eu não gostava, eu não gosto disso.”

não era assim antes e hoje é “mais sociável”. Reclama que a psiquiatra não reconhece que isso não se deu de modo espontâneo, o que para ela *invalidaria uma possível retórica de superação*:

Ela (psiquiatra) diz que não tem como ela me diagnosticar com esquizofrenia porque eu sou muito comunicativa, mas isso porque eu passei muito tempo tentando ser comunicativa. Então pra mim é meio que uma dor sabe, dizer tipo, que eu não tenho isso - que eu sei que eu tenho, porque há muito tempo eu já tinha isso, sabe?! E agora que me incentivaram tanto a falar e só porque agora eu consigo falar eu já não sou aquilo e não vou ter diagnóstico de nada!? Eu não mereço diagnóstico, porque não é pra eu ter um rótulo e ficar com aquela preocupação de ter diagnóstico!? -Mas tu queres um diagnóstico?

-Eu quero saber o que eu tenho, sabe, eu quero dizer pra mim: “Eu tenho isso, mas eu consigo ser uma pessoa normal com isso!” É diferente de tu ter, e aí te perguntarem: O que é que tu tens?: -Ah, não sei, não me dão diagnóstico! É diferente de dizer pra pessoa: -Não, eu tenho esquizofrenia, mas eu consigo viver com ela. Eu vou ter o resto da vida? -Vou! Mas eu consigo viver com ela, eu consegui me adaptar. Tenho surtos? - Tenho, mas não é tão vexamoso(sic) como antigamente! Já sei que o que eu vejo é da minha mente. É eu que programo ela, então não tenho mais aquele susto geral!

Além dos planos de arrumar um emprego, narra outro evento como favorável. Vem há alguns meses namorando um garoto poucos anos mais velho e que trabalha no restaurante com sua mãe. Ainda acha que é meio cedo para morarem junto, mas diz que tê-lo ao seu lado tem ajudado a ter mais iniciativa. Quando fala sobre ele, diz que é alguém compreensivo, que não liga para o fato de ela estar acima do peso e que é interessado por suas músicas. Com ele, ficou mais fácil ficar sem os medicamentos, que segundo ela a deixavam “muito dopada” e a faziam dormir muito. Por outro lado, confessa que ainda mantém o comportamento de se auto-mutilar. Sobre isso, comenta:

Quando eu fico muito triste ou com muita raiva eu me corto. Só que já, não como antes tão fundo, sabe! Antigamente era

aquela coisa de cortar realmente fundo. É uma dor física e uma dor emocional. As pessoas não entendem... Uma dor física é uma coisa que passa, depois de uns meses passa. Passa uma pomada, toma um remédio e passa! A dor emocional e a mental, ela não passa. Se não tratar ela fica ali contigo. E mesmo tratando demora muitos anos, sabe. Depende de como a pessoa quer se ajudar. Então as pessoas acham: “quer aliviar a dor não se corta, vai doer!”, mas é diferente a dor, a dor física e a dor mental. É muito diferente!

- O quê que alivia sentindo a dor física?

É porque daí você não foca no teu problema! Ficar ali pensando: ninguém me ama, ninguém me respeita, dizem que eu sou uma doente. Aí tu tá se cortando, tu tá analisando como vai ser o corte: Se ele vai ser fundo ou não... Tu que decide o quanto tu quer que ele seja! E você para de pensar naquele teu problema, então ele muda. Muda a dor, passa a ser uma dor física e não uma dor sentimental. É por isso pelo menos que eu me corto e sei que muita gente também. Mas eu não fazia pelas outras pessoas eu fazia por mim e não conseguia controlar! Depois de um bom tempo que eu olhei pra mim e disse: nossa, eu sou ridícula, né! Toda marcada, tanto que pra andar na rua eu tô sempre assim de casaco. E pra mim é meio... Custa muito ficar assim sem casaco, porque as pessoas olham, elas fazem comentários. Ainda mais quando é pessoas assim que tu trabalha, ou que tu estuda... No meu caso, é muito ruim, sabe! Tipo um olhando, perguntando, tirando onda... “ah, tu foi pra uma guerra! Tu era gângster, as pessoas te cortavam? Ah, tu foi atacada por gatos? É muito idiota sabe! As pessoas não entendem, custa muito! Houve pessoas que eu conheci que eram realmente idiotas. A gente fazia a mesma coisa mas eu acho elas idiotas, porque: Elas cortavam porque achavam bonito. Eu sei que é diferente de você ver uma coisa bonita em outras pessoas. Mas eu acho que era estúpido, você estava se machucando por achar que era bonito. Bonito era ver o sangue

correr, mas quando secava ficava ridículo, passava maquiagem, base, quase um litro! Então pra mim, aquilo era patético. Eu nunca vi uma pessoa que como eu se cortasse para aliviara a dor. Só pessoas que queriam se fazer de vítima pra alguém: pro namorado, pro pai, pra mãe... Ou que achavam bonito.

Vivian diz que seus pais pensam que ela parou de se cortar. Também estão felizes pelo fato de ela ter parado de tomar psicotrópicos, pois não gostavam do jeito que ela ficava. Também não gostavam de serem julgados pelas outras pessoas, pelo fato de estarem consentindo que a filha tomasse aquele tipo de medicamento. Conforme demonstra, a ambigüidade entre ser ou não ser “doente” é algo que também passa pelo modo como seus pais a vêem: “Ao mesmo tempo em que eles acham que eu sou doente, eles acham que eu não sou.” Sobre isso, comenta consternada de um período em que os pais sugeriram que ela ingressasse com pedido de auxílio por invalidez, mas que ela se recusou por achar indigno. Também fala como foi “arrastada” pela mãe para vários tipos de religiões.

Outro aspecto do relato de Vivian é uma tentativa de compreensão e de auto-controle através da religiosidade. “No início eu achava que era médium. Aí depois, com o tempo eu fui entendendo que eu não era médium...que era mesmo coisa que via.”. Paradoxalmente, essa desidentificação como médium, foi paralela a uma aproximação com a experiência religiosa, pois diz que “antes” ela era muito “descrente de Deus”. Já que nem ela, nem a família costumavam frequentar nenhuma religião em particular. Mas à medida que souberam que Vivian se mutilava e ouvia vozes começaram a levá-la para várias igrejas: “católica, evangélica, batista, várias...”. Ela diz que não gostou dessas experiências, uma vez que percebia que os demais frequentadores “a olhavam estranho” pela sua maneira de vestir. Essas experiências, contudo, levaram-na a ter mais confiança nas explicações do espiritismo: “Até hoje às vezes eu tenho aquela dúvida sabe, mas aí eu começo a pensar: Não! Se as coisas são assim é porque Deus quer, porque eu fiz errado e agora eu tô pagando!”. Numa de suas músicas fala que no passado provavelmente fora fascista, causando sofrimento a outras pessoas. Noutra, as visões (de pessoas mortas) ironizam sua tentativa de tentar suprimi-las através de rezas⁷⁸. Estas a aterrorizam até

⁷⁸Reproduzindo um trecho:

que “Deus incorpora” na sua mãe que adentra o quarto e as faz desaparecerem.

4.5 SUÉLEN: “UMA LIMITAÇÃO COM A MENTE, COM COISAS QUE TU SENTE E PENSA”.

Suélen tem dezesseis anos, é alta e morena. Mora com os pais e estuda. Conheci ela no grupo de adolescentes, que frequenta de modo intermitente. Conversei com ela na saída do grupo, onde disse ser mais oportuno que a entrevista ocorresse no CAPSi, após a oficina de “corpo e movimento” e enquanto esperava a mãe terminar a sessão do “grupo de cuidadores”. Durante a entrevista, parece um pouco apreensiva. Fala pouco, de forma lenta e com frases curtas. Quando pergunto, diz não ser difícil falar sobre o assunto, que é algo que já está acostumada. Diz ser difícil somente pensar nas palavras certas para usar.

O início da experiência com tratamentos de saúde mental coincide com a saída do interior do Rio Grande do Sul para Florianópolis. Segundo ela, a família (ela, a irmã dois anos mais velha e os pais) mudou de cidade com esperança de que o pai, que é “dependente químico”, conseguisse se afastar das drogas assim que se afastasse também das antigas companhias. Segundo me conta, esse foi o motivo pelo qual faziam terapia de família no Posto de Saúde do Rio Vermelho. Com a “recaída” do pai, a mãe tenta suicidar-se ingerindo altas doses de medicamentos e ferindo-se com uma faca: “Ela foi internada e aí eu, logo depois, eu fiquei doente, uns dois ou três meses depois... Eu tentei me matar. É... eu tomei um monte de remédio e aí eu fiquei bem ruim... e...”. Depois disso, ela diz ter sido encaminhada ao CAPSi.

Suélen já frequenta o CAPSi há mais de dois anos. Com a consulta dos prontuários e observação nas reuniões, nota-se que escolheu referenciar alguns eventos (em geral considerados dramáticos e pontuais). Omite, por exemplo, a preocupação com a instabilidade

(inicia um “pai nosso”)

-Hahaha, ela começou a rezar...

-Odiamos a santidade!

-Como se tu tivesses tanta fé na espiritualidade!

-Adoramos essa ilusão de religiosidade.

-Mas vemos que já sabe tremer de verdade.” (Versos da sua música “*Schizophrenic*”)

financeira da família; problemas com o comportamento alimentar⁷⁹; os conflitos com a mãe já no Rio Grande do Sul, que a levou a ir morar alguns anos com a avó. Também sobre aquela época, soube-se haver mudanças de escola e dificuldades de adaptação, bem como problemas de agressividade na escola nova, que a levaram a iniciar uma psicoterapia já no antigo estado. A mãe, por sua vez, também tem um histórico mais antigo de aflição e experiências com tratamentos em saúde mental. Esse aspecto é tratado resumidamente quando menciona que os problemas familiares já teriam começado antes da mudança de cidade: “Eu acho que é uma coisa que veio com o tempo e a gente ter vindo pra cá só piorou. Aí meio que desengatilhou tudo!”

O que Suélen diz ser sua “doença” é especificada como “uma limitação contigo mesmo, com a tua mente. Uma limitação das coisas que tu sente e pensa, tu sente e pensa as coisas de uma maneira diferente.” Relaciona a isso o seu jeito de ser “estourada” e “agressiva”: “Normalmente com a minha mãe. Ou com o meu pai. Ou o pessoal lá de casa. Mas na rua também, se me falar alguma coisa eu costumo ser bem agressiva. Mas agora está melhorando, era pior antes”. Outro aspecto que relaciona à perturbação está relacionada com a agitação motora: “É isso, eu não consigo ficar parada, eu tenho que estar sacudindo a perna, fazendo alguma coisa. Agora até que está passando mais, está melhorando mas ainda continua.”

Suélen relaciona sua melhora ao fato de perceber-se mais “calma” e menos “triste” ao tratamento que vem fazendo no CAPSi. Tanto o tratamento medicamentoso: “Com a sertralina, lítio e eu acho que é o outro....Paroxina, não sei, minha mãe que sabe. Eu tomo três de manhã na hora que eu acordo e dois a hora que eu vou dormir. Um é de 100, o outro é de 150 e o outro é de 300 (mg).” Mas também a terapia e as oficinas: “Acho que um complementa o outro.”

Quando pergunto sobre as atividades do dia-dia, ela diz que só vai à aula e dorme. Diz que só sai com amigos nos finais de semana, mas não é sempre que sente vontade. Sobre as atividades que ela gosta de fazer nestes momentos de lazer, ela diz - como se fosse algo que já fora indagada - que isso “é um problema”, pois ainda não conseguira identificar: “Depende do dia às vezes eu gosto de dormir, eu não gosto de sair de casa e às vezes eu gosto... É meio instável, eu ainda não identifiquei.”. Quando pergunto sobre o futuro diz que quer terminar os

⁷⁹ Ela também é diagnosticada com “bulimia”, cujos comportamentos de vomitar e utilizar purgantes atrapalham a absorção dos medicamentos e preocupam as profissionais.

estudos, mas por conta de ser um tipo de obrigação que ela identifique, do que um desejo ou parte de algum projeto: “Eu quero terminar de estudar, mas não pelo fato de eu querer, mas porque é certo, mas é muito difícil. Eu não penso nada muito pro futuro porque o resultado do dia de amanhã não depende só de mim.” Relaciona o projeto de futuro a uma esperança de felicidade, o que para ela é algo utópico, que lhe escapa e que por isso também lhe causa desconfiança:

Sei lá, amanhã eu posso não estar viva então não depende de mim. É como se... A felicidade fosse uma mentira porque a gente não pode ser feliz o tempo todo. A felicidade não depende da gente depende da sociedade, depende de um conjunto. Então se a gente não está numa sociedade feliz, a gente não é feliz. A partir do momento que tem que depender de outras pessoas ou acontecimentos se torna uma coisa filosófica e... Não é certo.

Essa recusa em elaborar hipóteses e em cima destas traçar seus planos, para ela faz parte de um círculo vicioso em que se considera dependente e impotente. Diz que tem algo errado na “sociedade” que faz dela um lugar infeliz, mas diz ser “impossível” uma alternativa diferente: “Eu não acho que exista uma sociedade ou que possa existir uma sociedade feliz, ou sem problema. A não ser que seja uma sociedade que vá viver só eu! Porque não depende só de mim. E se viver só eu, qual é o propósito de viver? É meio complexo meu pensamento!” Embora as conclusões de Suélen tenham nos parecido herméticas, ela relaciona seu mal-estar à consciência do mundo. Pois também diz lembrar-se de ter sido feliz na infância: “... Em que aconteciam as coisas ruins, do mundo, alguma coisa assim, só que eu era pequena o suficiente pra não identificar.” Sem querer identificar uma causa, muito menos uma causa privilegiada, parece interessante que o fato de não ser mais “pequena o suficiente”, a aquisição de uma consciência mais adulta sobre ela e o mundo, seja algo ambíguo. Não necessariamente difícil, mas penoso. Assim como ter que escolher as palavras certas para sua história.

4.6 CHARLES: “MINHA FAMÍLIA, QUE ME INCOMODA, ME DEIXAM COM RAIVA”.

Charles tem quinze anos, fala rápido, mas procurando ser objetivo. É homossexual, negro e mora num abrigo de menores no bairro Jardim Atlântico, no continente. Ele estuda de manhã e à tarde trabalha num supermercado.

Eu não o conhecia antes da entrevista. Seu nome foi indicado pelas profissionais, e assim como os outros jovens por conta dos sintomas de depressão. Quando o encontro ele me fala que está nervoso e achando a situação “esquisita”. Pergunta-me como eu o encontrei e obtive seu número de telefone. A psicóloga que o atende individualmente (a mesma que coordenava o grupo de adolescentes) havia me prevenido que ele estava receoso e um tanto contrariado com o fato de ter sido procurado por uma pessoa que não conhecia. Ela me diz que no abrigo se costuma enfatizar “a questão dos direitos e deveres” e que esta era um tipo de linguagem que ele utilizava com frequência. Explicada a situação, ele se mostra mais calmo. Parecia que queria se certificar mesmo que a entrevista serviria à “universidade”, pois no fim da entrevista me diz que foi “bem mais tranquilo” do que havia imaginado: “achei que era tipo um interrogatório!”, revela.

Início a entrevista perguntando como ele veio parar no CAPSi. E ele responde narrando o evento que o levou a procurar o conselho tutelar e ser encaminhado ao abrigo. Uma situação em que foi vítima e em seguida agressor:

Eu tive violência sexual (quando tinha 13 anos), eu fui abusado pelo meu irmão e depois a mesma coisa eu fiz com um adolescente lá na casa (abrigo), um erro meu também! Aí depois a Renata e a Ana (psicóloga e assistente social do CRAS) e depois a nova equipe ficou sabendo também e me mandaram pra cá.

Além desse evento, Charles também diz que as profissionais do CRAS o encaminharam por acharem que ele tem “um tipo de depressão”, por ele ter se cortado uma vez com uma faca. Ele discorda que tenha depressão e minimiza o impulso de se cortar:

Me dá vontade de se cortar, mas eu tive só um furinho na perna e já joguei fora. A faca foi, daí o machucado sarou rapidinho... Não, pra mim não é uma depressão isso. Depressão é quando a pessoa começa a chorar essas coisas, mas a minha situação não tem nada a ver com depressão. Não

tem mesmo. É o que eu acho. Mas a equipe, a Renata e a Ana acham que tem.

-Por que será que elas acham?

Tipo, a minha... Eu tenho uma família. A minha avó já é uma senhora de idade. Ela diz que vai me visitar e aí não vai. Aí depois no outro dia eu fico só no quarto, não vou comer nada, me dá vontade de se cortar, quebrar tudo... Aí ninguém deixa. Aí eles chamam, eles falam isso como tipo uma depressão. É porque a minha mãe, a minha família, que me incomoda. Tipo... Falam cada coisa que eu não gosto, me deixam com raiva, aí eu não quero papo com ninguém. Até esses dias a minha mãe estava com risco de morte, me deixou preocupado e eu comecei a chorar e não quis comer nada. Por causa dela! Aí a casa (abrigo) falou que isso é normal, que é tipo uma depressão... Ela quer te deixar preocupado, mas eu acho que não é depressão mesmo.

Charles fala que não gosta de morar no abrigo. Diz que tem muitos atritos com os outros adolescentes de lá, que falam “coisas” que o deixa com “raiva”. Também fala que tem muito medo que o pai do menino que ele “abusou”, caso descubra, o mate. Apesar de tudo isso, ainda pensa que morar no abrigo é melhor que em casa por conta das “oportunidades” que está tendo, como conseguir um emprego e seu próprio dinheiro. Antes, morava com a avó que é técnica de enfermagem; com a mãe, que não trabalha e é usuária de “drogas pesadas” e o irmão mais velho. Diz que em casa também tinha conflitos com a mãe e a avó, que também falavam “coisas” que o deixavam com “raiva” mas desconversa sobre qual seriam essas “coisas”.

Charles diz que mudou muito desde que foi morar no abrigo. Seus planos para o futuro, por exemplo, antes era exercer a mesma profissão da avó. “Agora eu penso em estudar e trabalhar e depois pensar no futuro.”

Quando perguntado sobre se freqüentava alguma religião, diz que à época em que morava com a mãe e a avó estas o levavam à macumba, que já freqüentavam, mas que ele não gostava e agora não vai mais: “Na macumba não tem nada a ver, porque eles chamam o santo, daí isso não é comigo porque quando eu brigo daí também vem o santo, todo mundo diz que é o santo do demônio, mas não é!” Na companhia da avó também foi levado para tomar passe espírita: “É muito chato, não

gosto...E também eu tomava remédio pra dormir” -emenda, como se tratasse de um recurso similar. Diz que atualmente tem ido aos finais de semana à igreja quadrangular com o responsável pelo abrigo, com quem costuma se dar bem e acompanhar em várias atividades, como “pegar dinheiro”, fazer compras. Diz que ir nessa igreja é algo “totalmente diferente” da experiência anterior e que se sente “outra pessoa”: “Melhor do que com qualquer espírito no meu corpo, mesmo.”

Sobre o tratamento no CAPSi diz que o tem ajudado numa “mudança de mentalidade”: “Não sei, eu acho que eu tô criando mais uma mentalidade de adulto, alguma coisa assim. Antes eu tinha mentalidade de criança o suficiente, mas agora eu não tenho mais mentalidade de criança não. Quase de adolescente mesmo.” Sobre essa mentalidade de adolescente explica: “É tipo, respeitar. Não fazer quase nada que criança faz mesmo, fazer as coisas só de adulto!” Dos tratamentos propostos, chegou a frequentar o grupo de adolescentes, mas achava que “não tinha nada a ver” com ele. Relata que foi também pela possibilidade de sigilo que pediu para ser atendido individualmente: “Eu prefiro que a pessoa que me atende, só a pessoa pode saber, mas nem um adolescente nem uma pessoa pode saber.” Além das consultas com a psicóloga, faz oficina de argila e consulta com a psiquiatra. Diz que toma “fluoxetina” para sua ansiedade, mas que não tem sentido nenhum efeito: “Não mudou nada porque eu tomava duas cápsulas e agora tomo só uma. E não mudou nada também.” Diz que vai pedir à psiquiatra para voltar a tomar remédio para dormir por conta do retorno dos “pesadelos”. Quando pergunto se ele lembra como são esses pesadelos, conta que é como se estivesse sofrendo “abusos” (sexuais) ou sendo perseguido pelo pai do adolescente “abusado”.

4.7 IRIS: “EU SEMPRE FUI UMA PESSOA BASTANTE REVOLTADA”.

Iris tem dezesseis anos, têm a pele clara, cabelos curtos e é homossexual. Suas atividades eram estudar numa escola pública e praticar boxe. Para o futuro pensa em estudar para cursar história ou talvez psicologia.

Após contatá-la por telefone e entregar o TCLE, combinamos um encontro próximo a sua escola. A entrevista com Iris se deu num ônibus a caminho do bairro onde mora, Canasvieiras. Durante o trajeto Iris fala de um jeito tranqüilo, olhando nos olhos e parando em alguns momentos para refletir melhor sobre as datas de cada acontecimento e sobre a

ordem com que eles aconteciam. Parecia um pouco confusa e irritada consigo mesma quando não conseguia lembrar-se bem desta ordem dos acontecimentos e pedia desculpas. Chegando lá, ela mantém o estilo gentil e me convida para almoçar no apartamento onde vive com a mãe, Sandra e a irmã mais velha, Carolina. Subindo as escadas até o apartamento me previne que é pra eu não ligar, que a mãe “é louca”. Quando chego, ela me apresenta à mãe e à irmã como alguém que pesquisa os adolescentes do CAPSi para a universidade. Ela relembra à mãe sobre o TCLE que ela havia assinado. Sandra senta-se à mesa enquanto requeixa o almoço. Na mesa, pergunta sobre minha área de estudo e com o quê trabalho. Em seguida fala que ela aceita bem a opção sexual de Iris e que não costuma impor um modo de vestir à filha: “não existe essa coisa de roupa de mulher e roupa de homem.” Iris fala “mãe...!”, constrangida, já que sua opção sexual era um tema que não tinha sido tratado em nenhum momento da nossa conversa no ônibus. Depois disso, continua falando sem parar: dos gastos da prefeitura com festas comunitárias desnecessárias, enquanto esse dinheiro poderia ser investido em melhorias no bairro; reclama dos médicos do SUS, que não gostam de trabalhar. E de como está farta de ser “empurrada” do psiquiatra para o neurologista e vice versa, e nenhum tratar dela eficientemente. Iris, previamente havia me dito que a mãe deveria se tratar e que nunca tinha feito um “tratamento sério”. Diz que ela “tipo manipula” os médicos para obter as receitas dos psicotrópicos que deseja tomar.

Indo para casa, percebi que a sensação de embaraço pelas conversas de Sandra foi algo que apressou meu retorno. Mas não creio que esse tenha sido um propósito dela. O que imagino, é que ela estava ciente de ter sido incluída na conversa durante o trajeto e talvez quisesse amenizar meu julgamento, mostrando que gosta da filha e que ela mesma também tinha suas dificuldades. No fim, fiquei sem saber qual a profissão de Sandra, ou se ela trabalha.

Narrando sua trajetória de vida, Iris, em nenhum momento menciona um pai. Ela diz que é natural da cidade de São Paulo e que freqüenta psicólogos desde pequena. Diz que sempre deu muito trabalho à mãe e que só foi falar com quatro anos. Ainda na infância foi diagnosticada com TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade). É que nessa época diz que a mãe “quase perdeu” a guarda dela por administrar remédios “tarja preta” aleatoriamente (Às vezes parava de administrá-los, quando percebia que a filha não dormia direito). Ficou um pouco confuso entender se foi nessa mesma época ou não, em que a mãe também teve um problema de saúde (“uns nódulos”)

e que ela foi morar com uma família substituta que ela chama de “tios”. Por um ano. Enfim, depois desse período, ela volta a morar com a mãe. E em seguida conta que a mãe arrumou um parceiro que era caminhoneiro e que por conta da sua profissão leva a família a mudar-se para Santa Catarina (habitando primeiro em São José, depois em Florianópolis). Ela diz que o padrasto abusava dela sexualmente e quando contou isso pela primeira vez à mãe, Sandra não acreditou. Ela diz que a mãe não queria acreditar porque gostava muito dele e achava que ele era uma “pessoa bacana”. Diz ter muita raiva da mãe até hoje por conta disso. Aparentemente foi pela insistência de Iris, que na época tinha doze anos, que o padrasto é denunciado. O juiz do caso avalia que por conta dos “problemas psicológicos” da mãe, ela deveria voltar a morar com os “tios”:

O juiz tinha visto que quando eu tava lá (em SP, na família substituta) minhas notas estavam boas eu tava indo bem. Lá eu estudei em uma escola particular, tive um suporte bem grande, eu fiquei lá... E aí, e resolveu que eu voltasse pra essa família, que eles me aceitassem de novo e aí eu fui e fiquei por dois anos, até os quatorze.

Iris diz que nessa época freqüentava uma psicóloga, mas que não confiava nela. Ela não “se abria”, pois tinha a impressão que tudo que ela falasse seria repassado aos tios e ao juiz.

Em São Paulo julga que estava melhor que aqui, embora tenha tido períodos de “bastante tristeza”. Também disse que sentia muita saudade da mãe, cuja relação é “de amor e ódio”. Foi então que pede para fazer uma visita à mãe:

E eu pedi pra poder passar umas férias com ela, pra ver como que iria ser só que alguma coisa que deu, não sei, o juiz disse que eu não poderia fazer essa visita e eu só poderia ir morar com ela definitivamente, eu não poderia visitar. Foi o que foi passado pra mim, né. Que ou eu vinha pra ficar ou eu não iria passar as férias. E eu decidi vir. Eu... Não sei se eu me arrependo, mas né...

Nos registros feitos no CAPSi, a hipótese diagnóstica de Iris é “Transtorno Opositivo Desafiador” e “episódio depressivo não

esclarecido”. Outra observação é que ela possui um prontuário volumoso, com registros quase mensais no Posto de Saúde no qual era levada pela mãe desde 2009. Neste constam “queixas diversas” e a observação de que a mãe é espírita e acha que a filha é “especial”.

Essas experiências talvez estejam relacionadas à ideia de Iris de que sempre “deu muito trabalho” e que sempre foi “uma pessoa bastante revoltada”. Alterna entre uma culpabilização da mãe e um *mea culpa* nessa relação:

Eu dizia pra ela que eu ia pra um lugar, pra escola e eu não ia pra escola eu ia pra outro lugar. E desde pequena eu tive bastante problema, porque eu nunca fui muito normal, né, de raiva, de excesso de raiva, e quando eu fico muito nervosa eu fico batendo nas coisas, eu batia a cabeça na parede... Quando eu era pequena, hoje em dia eu manirei um pouco com essas coisas, mas ainda tem, então eu tenho que ficar controlando... Às vezes eu não consigo, quando não dá mais eu acabo descontando em pessoas, mas... Eu prefiro descontar em mim mesmo, porque eu não gosto da ideia de machucar o outro, então, eu prefiro me machucar que machucar outras pessoas, então que eu batia a cabeça na parede, dava soco na parede, eu sei lá, ficava me dando tapa, eu já me cortei também, isso com nove, dez anos de idade. E depois que houve esse transtorno, eu fui internada...

O “transtorno” que Iris menciona, eram as automutilações e um episódio que ocorreu aos quatorze anos, em que ao cortar-se mais profundamente, a mãe descobriu e a levou ao hospital infantil. Ela diz que ficou na ala psiquiátrica por quatro ou cinco meses: “Havia uma ala e eu fiquei lá um bom tempo e lá eu tinha acompanhamento com psicólogo e psiquiatra, tomava medicações muito fortes.” Diz que a comida era muito boa, mas que a equipe era muito “despreparada” para atender os internados em saúde mental. Quando peço que me explique melhor, conta um episódio, que não soube descrever direito como começou, mas que foi agravado por uma briga que Iris teve com a sua

mãe⁸⁰ e foi quando quebrou várias coisas dentro do quarto: “...A TV de lá, vidro, porta, um *box* do banheiro...” Diz que quando os enfermeiros foram contê-la (“do surto que eles dizem que eu tive!”) eles a machucaram de propósito:

Uma das enfermeiras que estava tentando me segurar, mas não estava dando porque vem uma raiva, vem uma força que, não sei da onde! Acho que foram seis enfermeiros pra me segurar e não conseguiram, e uma das enfermeiras acabou me pegando pelo pescoço... Né, foi uma coisa meio estranha! Depois disso minha mãe acabou me levando pra casa pra fazer corpo de delito e fez porque ficou roxo aqui (aponta o pescoço). Não sei o que que deu, só sei que apareceu até uma reportagem no RBS81 foi no jornal do almoço, mas não explicou que teve essa violência contra um paciente. Estavam falando que os pacientes estavam batendo nos enfermeiros, só que não foi isso que aconteceu .

Depois desse incidente foi encaminhada para tratamento no CAPSi, onde faz terapia individual com a psicóloga e consulta-se com a psiquiatra. Diz que no momento não está tomando nenhuma medicação, mas que talvez no mês que vem (quando tem consulta marcada) comece a tomar alguma: “pra ajudar a controlar um pouco essas reações que eu tenho de raiva. Ações, né!! Porque não é uma reação. Não tem um motivo certo, assim...”

4.8 MATEUS: “A ÚNICA COISA QUE EU NÃO GOSTO É DE SAIR DE CASA”.

Mateus tem 15 anos e o conheci no “grupo de adolescentes”. Lá ele senta sempre num mesmo canto, quase não fala, às vezes dorme e às vezes parece achar graça do que os outros falam. Normalmente tinha comigo um roteiro que dificilmente orientava a entrevista, uma vez que os assuntos colocados pelos jovens acabavam guiando a maior parte da conversa. Com Mateus isso não aconteceu. Ele era monossilábico no

⁸⁰Seguindo estipulações do ECA, os jovens internados devem sempre ficar com um acompanhante. Ao menos no período noturno.

⁸¹Uma emissora local de televisão.

grupo e também foi nas entrevistas, com grande parte das respostas sendo: “Hum-Rum”; “normal”; “sim, normal”; “não, normal”; “só normal”; “não muito”; “não muito bem”; “digamos que não muito”, “não sei”, “eu sinto normal”; “tipo o quê?”. Em suma, não parecia opor-se diretamente à entrevista, mas não consegui que ele desenvolvesse ou falasse com interesse sobre nenhum tema que eu levantava. Além disso, e por conta das respostas lacônicas, tive que ficar reindagando: “o quê por exemplo”; “como assim” e mesmo lançando hipóteses na tentativa de partir para um plano mais qualitativo.

Retrospectivamente avalio que possivelmente puxei assuntos muito cotidianos enquanto o interesse de Mateus (algo que já fora possível observar no grupo) eram as realidades de ficção científica, vidas em outros planetas, jogos virtuais de computador. Estes eram jogados por dias e semanas a fio e com pessoas de vários países diferentes, como relatou no grupo: “Eu jogo com pessoas que moram do outro lado do mundo. Lá do Japão.” Já a realidade do dia-a-dia dele, parecia ser algo que não o atraía muito, que achava “chato” ou indiferente.

Mateus, mora com a avó e um tio, no “Morro da Penitenciária”. No início da entrevista me sugere que esta seja feita com a avó, já que ela é que “saberia falar melhor” do que ele tem. No contato prévio que faço com a avó por telefone, ela me diz que Mateus “é muito fechado”, que tem dificuldade de falar sobre seus problemas. E diz que é por isso que ele está indo ao CAPSi.

Antes do CAPSi a avó levou Mateus ao posto de saúde com suspeita que ele estivesse deprimido. Isso ocorreu por conta dele ter ficado dois anos sem ir para escola, como Mateus conta: “Porque a vó começou assim de dizer que eu tava com depressão, de dois anos sem sair pra escola. Tipo, não ia pra escola e sem sair de casa também”. Sobre esta época, Mateus nega que se sentia triste ou que algum evento tenha ocorrido. Diz, rindo um pouco, que só pensava que a escola era chata (uma percepção que não mudou) e que achava sair na rua ou fazer qualquer outra atividade “uma perda de tempo”. Ao invés disso, preferia ficar em casa jogando no computador onde regularmente virava as noites - já que nesses jogos muitos co-jogadores que moram em outros países que tem fuso horários diferentes.

Mateus diz que não tem amigos na vizinhança e que não tem vontade de sair com amigos. Na escola diz sentar-se no fundo da classe e que nada no ambiente o atrai ou incomoda particularmente: “Fico lá na boa, na minha. Faço as coisas lá e deu.” Quando o provoco perguntando se ele é bagunceiro e por isso se sentaria no fundo ele responde rindo

timidamente: “Digamos que não muito, né! Pra mim eu sou. Pros outros também. Só que pra professora, não.”

Além da escola, Mateus também diz estar indo à igreja “Universal”. Vai com o pastor, que passa na sua casa para buscá-lo (provavelmente a pedido da avó), mas não demonstra entusiasmo: “[vou] só para ficar sem fazer nada”. Esse sentido de distração também é associado à ida ao CAPSi e à participação no grupo, pois quando pergunto se ele gosta, responde:

Na moral, eu gosto um pouco, né. Eu disfoco um pouco de lá de casa e venho para cá. (...) A única coisa que eu não gosto é sair de casa. Daí, tipo assim, ficar ouvindo as pessoas falarem (os outros jovens do grupo) me distrai, daí. Daí eu paro de pensar nas outras coisas.

- Que outras coisas?

No jogo, no videogame.

-E o quê tu achas que tu tem, tirando o que os outros falam?

Eu acho que eu não tenho nada.

-Mesmo assim tu gostas de vir pra cá pra mudar um pouco de ar?

Um-Hum.

Quando perguntado, Mateus diz não saber o que eu gostaria pro futuro. Nega ter qualquer hipótese.

4.9 “SENSÍVEIS”: DESEJO DE RECONHECIMENTO

As narrativas dos jovens que faziam tratamento no CAPSi versaram sobre “vivências de aflição” (MALUF, 1999) ligadas a eventos e situações familiares em que se sentiram vitimados. Esse plano parece em alguma medida influenciado pelo de atendimento ao “sofrimento”, e o que este é orientado pelas noções psicodinâmicas (Cf. cap. 2 e 3). Assim, jovens que estavam se auto-agredindo, isolados, são vistos como

“em risco”, ingressando num modelo de tratamento em que são levados a falar da história familiar. Paralelamente são encorajados a se auto-regularem, (seja pelo remédio, seja pela fala, seja pelo investimento em atividades prazerosas). O engajamento nas atividades terapêuticas dá início a uma “carreira moral” (GOFFMAN, 1961) em que o jovem refaz sua auto-imagem como “sensível”. Em parte por não conseguir se regular, em parte por reconhecer com ambigüidade, o “desvio emocional” (THOITS, 1985) enquanto “sensibilidade”. Esta ideia será gradualmente desenvolvida a seguir.

No início deste capítulo comentou-se que o modo como os jovens abordam suas aflições contam com uma “multiplicidade de interferências (MALUF, 1999). Assim, mesmo que os jovens tenham se referido pouco ao processo de terapia no CAPSi, este aparece indiretamente no discurso. Fazendo uma análise das falas dos jovens nota-se a preeminência de um estilo reflexivo que medita sobre os si, sobre a trajetória familiar e seus eventos desfavoráveis - próximo à proposta psicodinamicamente orientada de falar sobre o “sofrimento”. Porém outra interferência expressiva é a menção de diversas religiões (macumba, espírita, testemunhas de Jeová) que integra itinerários, vivências terapêuticas, visões de mundo e explicações para o mal-estar. As religiões tanto constituem uma vivência de convívio social com parentes e amigos quanto estão calcadas em sucessivas experimentações e “destinos convenientes” (GROISMAN, 2014: 4) de “auto-atenção”⁸²(MENENDEZ, 2003).

Na reflexão sobre a trajetória de vida, os jovens narram uma série de eventos desfavoráveis, em geral relacionados à família, em que a própria vontade foi contrariada ou desconsiderada. Dentre esses eventos desfavoráveis, menciona-se o *afastamento de algum parente significativo* como a mãe (para morar com a avó, com outra família ou abrigo) ou o irmão; as diversas *mudanças de território* e a experiência de ter se envolvido em *episódios de violência* (como o abuso sexual ou assistido algum familiar envolvido em comportamentos auto-lesivos). Ainda sobre esses eventos, nota-se que são descritos como vitimadores, nos quais o jovem está à mercê, como um espectador ou agente passivo.

A narrativa de eventos familiares desfavoráveis, que poderia dar entender um alinhamento à ideia superficial de trauma, não é contudo o aspecto primordial da aflição dos jovens. Se contribuem para que o

⁸² Contudo, não estão suficientemente desenvolvidas nas narrativas para uma análise mais cuidadosa. Provavelmente em razão do elo institucional em que partiu o contato com os jovens.

jovem se sinta *desvalorizado* (desconsiderado e “fantoche”), não encerram a questão. Aqui entra o alinhamento ao modelo do tratamento, pois diz respeito às práticas de auto-regulação e o modo ambíguo com que afetam a auto-imagem:

Os jovens entrevistados não são necessariamente excluídos da sociedade. Em termos psiquiátricos, poderia se dizer que possuem transtornos leves, moderados ou episódicos, que não os incapacitam de freqüentar a escola e trabalhar. Nas narrativas nota-se que concordavam que possuíam um “desvio emocional” (THOITS, 1984) o que implica um reconhecimento da norma e de transgredi-la de algum modo (conforme o caso, mas periféricamente). Logo, o modelo de tratamento proposto sem um diagnóstico claro, não exclui que o jovem faça ele mesmo uma “auto-rotulação” (THOITS, 1984). Esta, de fato escapa ao estigma pesado do “louco”, “doente mental”; mas é associada a uma sensibilidade diferente (“coisas diferentes que a gente tem”; “uma limitação”; “incapacidade”) que emerge como identidade por diferenciação - de “outros” genéricos, fora do CAPSi ou que não tomam medicamento.

Pensa-se que a sugestão indireta de um caminho de transcendência pela auto-regulação, também acarreta uma “carreira moral”. Este conceito é desenvolvido por Goffman (1961) como a adesão a um “esquema de imagens para julgar a si mesmo e os outros” a partir de um percurso institucional e de alinhamento grupal (GOFFMAN, 1961: 112). O argumento é que o jovem passa a se ver como alguém em dificuldade para se controlar, por ser “sensível”. Mas ao contrário do conceito de carreira moral de Goffman, esse conceito é facilitado, mas *não é imposto* pela instituição. Ainda assim, parece um conceito útil, por ser o caso em que o caminho para o reconhecimento do sofrimento, lança um modelo de tratamento, que indiretamente aponta o “estigma” (GOFFMAN, 1988) em jogo. Uma susceptibilidade ao desequilíbrio, que o jovem toma como sensibilidade.

Em relação ao desejo de reconhecimento, relembra-se que a dificuldade de Romeu de “se achegar” e ser socialmente atraente não está distante do desejo de Vivian e Charles de obterem respeito. Esta “busca de reconhecimento”, noção utilizada por Longhi (2011) que congrega plano íntimo e social, remete no caso deste estudo, a uma percepção disparidade entre uma identidade almejada e a atual. Dessa forma, o que é percebido pelos jovens como central para o fato de estarem no CAPSi alude ao incremento do auto-controle: ser mais tranqüilo(a), calmo(a), frio(a) (ao invés de impaciente, briguento (a),

estourado(a), agressivo(a), impulsivo(a)) como saída identificada para ser mais valorizado, conviver melhor e aproximar-se do autoconceito almejado.

Esse acento no autocontrole, não denota um caminho de superação certo. Vivian e Charles são os únicos que observam no tratamento do CAPSi um sentido particular de desenvolvimento pessoal (ser mais “comunicativa” ou “tornar-se mais adulto”; “respeitar”). E a sensação de descontrole pessoal (“comecei a ter pesadelos”; “ando estourada”) frequentemente engendra uma requisição de psicotrópicos. Em geral, a sensibilidade ao descontrole é uma característica problemática sobre a qual eles tem poucas pistas de como transcender. O que se nota subjacente à queixa é um imperativo de ação (“ter que fazer alguma coisa”) ao mesmo tempo em que se sentem impotentes ou perdidos quanto ao quê ser feito. Essa sensação, também é descrita como desencadeadora de sentimentos e comportamentos negativos, como a “ansiedade” e a “agitação”. Nesse sentido, procede a percepção das profissionais de que eles se sentem “pressionados”, mas não é pacífico a fonte e o modo de resolução. O que se notou nas entrevistas, por exemplo, foi um adiamento de um projeto de maturidade e um relaxamento quanto ao estabelecimento de um projeto de vida ou de uma referência utópica.

No capítulo 2 viu-se a existência de uma sugestão indireta das profissionais de que eles deveriam “se distrair”, “se divertir”. As profissionais não sugeriam isso como um fim em si mesmo, mas para descontrair, a partir de uma lógica de equilíbrio e *compensação dos sofrimentos* passados e cotidianos⁸³. Neste capítulo, observa-se como muitos jovens aderem a essa orientação, mas que ela era equivalente a um andar em círculos, pois identificar ou realizar isso é era um problema para muitos deles. Alguns mesmo identificavam a ida ao CAPSi como uma “distração” (Mateus), um lugar de encontro com pessoas compreensivas (como me fala Romeu).

Ainda sobre o sentimento de desvalorização, é sobressalente o paralelo sentimento de “raiva”, causa identificada em muitos relatos para comportamentos de se auto-mutilar, se bater, quebrar coisas. E nos chama atenção como o ato de se cortar é uma vivência comum para grande parte dos jovens entrevistados. Este comportamento, pelo que notamos nos relatos dos jovens sobre seus itinerários terapêuticos,

⁸³ Não se exclui que esteja também implícita a ideia de “moratória social” (ERIKSON, 1976) adequada à certa noção de “adolescência”, conforme aborda-se no cap. 6.

também parece ser um critério de seleção informal para serem tratados no CAPSi. Para os jovens, nota-se que estavam cientes do impacto que este comportamento causava. E nos seus relatos, além de uma estratégia para se sentir melhor era descrito como um modelo de autoconstrução; algo que se aprende no colégio, observando outros jovens, como revela a fala de Vivian. Quando ela traça sua identidade a partir de uma diferenciação dos jovens que se cortavam porque acham bonito, ela se estabelece como alguém que se corta por ser “sensível” e não uma pessoa superficial focada no resultado estético. Ao contrário, para ela: “Bonito era ver o sangue correr...”, não o resultado, a cicatriz como marca, como poderia ser para outros. Suas cicatrizes eram parte de uma necessidade pessoal de aliviar-se da tristeza e da raiva e deveriam ser guardadas dos olhares daqueles que não as entenderiam ou se apressariam em julgá-la grosseiramente.

Ser sensível, em suma, equivale a se colocar com ambigüidade em relação ao “sofrimento”. Em parte ele prejudica, em parte ele é parte positiva de sua auto-imagem e seu desejo de reconhecimento.

5. O FUNCIONAMENTO DE UMA ALA PSIQUIÁTRICA INFANTO-JUVENIL EM LYON (FRANÇA)

Neste capítulo narro uma experiência de estágio sanduíche (PDSE-CAPES), numa ala de psiquiatria infanto-juvenil de internação breve na cidade de Lyon, na França. Essa imersão tinha o intuito inicial de ser uma vivência no serviço de saúde mental francês para jovens, incluindo um paradigma comparativo das práticas, seus dilemas e categorias de julgamento. Optou-se por incluí-lo na tese, tendo em vista o importante papel epistemológico de estranhamento: (i) quanto a ausência no CAPSi e HI de um *tipo de jovem*, que era típico no hospital francês, mas também presente nos hospitais-dia, conforme conversas com profissionais que lá trabalhavam; (ii) de como as práticas terapêuticas, embora com a mesma finalidade de regulação dos jovens, os *abordavam diferentemente*, levando em conta uma *noção desenvolvimento* distinta ou não fundamental ao sentido das práticas terapêuticas do CAPSi.

O estágio no hospital se deu entre meados de janeiro de 2016 ao fim de março de 2017, num setor de psiquiatria infantojuvenil que ocupava um andar inteiro de um hospital. Esse hospital ficava na

fronteira de um bairro com a região periférica e era especializado no atendimento feminino e infantil. A pesquisa de campo ocorreu duas vezes por semana, nos quais permanecia no hospital em período integral acompanhando diversas atividades: consultas, oficinas, atividades terapêuticas, lazer, refeições e reuniões dos profissionais.

O dispositivo terapêutico hospitalar, que funciona em regime de internação era bastante diferente do modelo aberto do CAPS, onde os jovens freqüentavam apenas algumas atividades e ficavam livres para ir embora. Logo, o objetivo deste capítulo não é lançar um paradigma para comparar a totalidade dos dois modelos institucionais. O foco são as práticas, ou melhor, os princípios que as orientam e legitimam a conduta dos profissionais nesse ambiente (FASSIN, 2009). O objetivo é mostrar como os princípios terapêuticos baseiam-se em pressupostos sobre os jovens e o que seria adequado para seu bem-estar mental. Observaremos também que no horizonte das práticas está uma noção de cuidado e risco que se relaciona com um modo de subjetivação específico e bastante diverso do que encontramos no CAPSi.

A psiquiatria de setor é organizada geograficamente nos departamentos franceses e compreendem diversas estruturas de prevenção, de tratamento e pós-cura. A cidade de Lyon e regiões adjacentes são atravessadas por duas zonas territoriais, ou setores; um com sede num hospital geral e outro num hospital psiquiátrico. O lugar onde se realizou a pesquisa integra o pólo de pedopsiquiatria do setor “Le Vinatier”. Este é considerado um grande setor psiquiátrico pois atende a maior parte dos bairros de Lyon e oito comunas localizadas ao leste da cidade. Ele abrange uma rede diversificada de estruturas:

- Os CMP (Centros Médico-Psicológicos), que atendem na modalidade ambulatorial.
- Os CATTP (Centros de Acolhimento Terapêutico em Tempo Parcial), uma estrutura multidisciplinar aberta que funciona como centros de convivência e promove ateliers culturais como cozinha, grupos de terapia, jogos, meditação, canto, etc.
- Os HDJ (Hospitals dia), que desenvolvem de atividades terapêuticas, culturais esportivas e de reforço escolar.
- Abrigos noturnos
- Estruturas para hospitalização breve
- Estruturas para hospitalização prolongada

Pesquisar num hospital não era a primeira opção quando sondava por uma instituição de Saúde Mental para adolescentes, por ser um

ambiente a princípio bastante diferente do que eu havia pesquisado no Brasil. Mas levando em conta a curta temporada do estágio sanduíche (programa CAPES-PDSE) na França e que as pesquisas em instituições costumam ser bastante burocratizadas, o hospital foi uma opção conjunturalmente favorável, uma vez que existia um contato prévio de pesquisadores antropólogos da École Normale Supérieure de Lyon - instituição de destino do estágio sanduíche, com o serviço. Outros facilitadores inegáveis foram o fato de ser um hospital-escola, em que costumam transitar estudantes de diversas áreas e ser uma estrutura com relações hierárquicas bem definidas. Assim (e tendo em mente uma comparação com as exigências para a pesquisa de campo de Florianópolis) não precisei passar pelo escrutínio de toda a equipe e questões referentes à ética, por exemplo, foram lembradas e acordadas verbalmente com o chefe do serviço, que além de psiquiatra era antropólogo. Minha apresentação foi breve e pauta ordinária de uma reunião diária, que ocorria em ritmo acelerado para se acomodar nos quarenta minutos em que estava estipulada. Fui apresentada como estagiária de antropologia que iria acompanhar as atividades no hospital.

A impressão geral de pesquisar no setor de psiquiatria de um hospital é estar imersa num mundo à parte. As portas travadas do setor e a orquestrada rotina de funções e deslocamentos internos nos certifica que estamos ante uma “instituição total”; estrutura racionalizada que segundo Goffman (1961) concentra aspectos da vida que normalmente se dão em locais separados. Nesse ambiente, minha estratégia de observação foi alternar um tempo nos diferentes espaços: sala dos profissionais, sala de convivência e jogos, sala de oficinas de artes, sala de espera (onde os pais esperavam pela hora da visita). Esse movimento pessoal era intercalado com a consulta aos arquivos dos pacientes e protocolos do setor; com o acompanhamento dos profissionais nas entrevistas; com pequenas colaborações às “cuidadoras” (na organização das bandejas e supervisão das refeições) e como companhia eventual dos jovens nos jogos de carta, ping-pong mini-futebol.

Estar em campo sempre envolve desconforto, na medida em que nos exige uma negociação com a alteridade, com disposições interativas singulares que nos interpelam. No hospital, havia uma tensão no sentido de encontrar um lugar e um modo apropriado de circular. “Situarme” nesse espaço foi mais do que nunca uma vivência de percurso, uma situação sincrônica de “andar e ver” como sintetizou Silva (2009). Desse período inicial me lembro das interrogações mais ou menos diretas de “*Vous suivez qui?*” (Você segue/acompanha quem?). Esta pergunta me envia primeiramente ao senso de dinamicidade e assiduidade na rotina

hospitalar, onde tudo opera através de uma sequência de deslocamentos rotinizados com um propósito que normalmente é de manutenção e vigilância. Nesse sentido eu poderia ser uma nova voluntária animadora de ateliê artístico a supervisionar um grupo de crianças, ou um tipo de “inspetora” (como suspeitou um menino de 12 anos). Logo, outra esfera também presente na interpelação alude à hierarquia, donde a pergunta seria apenas outro modo de dizer: “Você é responsável por... Ou está sob responsabilidade de alguém?”. Nesse último caso, por conta da idade certamente não seria confundida com uma paciente, mas com outros tipos englobados no status de supervisionados, como os que estão em formação profissional – o que curiosamente incluía a alusão literal de perseguir (*suivre*) pelos corredores os passos acelerados que ritmavam a rotina de alguns profissionais. Sendo assim “o ritmo” não seria menos que um signo de diferenciação hierárquica, onde a experiência no hospital era descrita como uma modulação que ia da rapidez requerida pela circulação dinâmica de implementação da rotina (e das decisões a serem tomadas); até o tédio estruturado de um obrigatório “tempo para si” sempre demasiado longo, aos pacientes.

5.1. DESCRIÇÃO DE UM PROCESSO DE INTERNAÇÃO (“ESTADIA DE RUPTURA”)

Apesar do hospital ter diferentes atividades descritas como terapêuticas, ele em si mesmo é um grande dispositivo com esse fim. Esse é um outro aspecto pelo qual havia me referido dele como um “mundo” à parte. Ele é uma estrutura e um processo de etapas bem definidas, com o objetivo de gerar uma avaliação sobre o estado do paciente e provocar uma mudança de mentalidade. Por isso é difícil ignorar seu mecanismo geral funcionando similar a um ritual de cura: a internação no setor provoca uma experiência de ruptura com o cotidiano, que engloba e transcende a experiência de participar de uma oficina ou atividade isolada, que ocorrem intra-hospital. Então, enquanto micro contexto das práticas terapêuticas optamos por analisar a internação como um todo, pois, ao contrário do CAPSi, onde o jovem freqüente determinadas atividades intercaladas e pontuais, vem e vai, no hospital e a cada internação há uma imersão numa experiência inerente, pontuada por diferentes etapas uniformemente aplicadas. Penso que essa temporalidade diferente também implica impertinente descrever o que se passa num só dia isolado de internação hospitalar, como fiz sobre a terapia de grupo onde cada sessão é genérica (não há um momento de

inscrição, de conclusão e a cada sessão novos jovens podem ser integrados). O período de internação transcorre numa média de oito dias, onde a rotina do setor que é adaptada diferentemente à etapa em que cada um se encontra em seu próprio processo de internação. Por isso vamos descrever o dispositivo terapêutico com referência às etapas e objetivos gerais do tratamento. Estes transcendem a mera contenção mais ou menos longa do indivíduo (uma internação), mas incluem a relação de avaliação, a relação de adaptação ao contexto do setor e a mudança de mentalidade por meio de um processo singular de hospitalização, concebido como terapêutico.

O setor de pedopsiquiatria atendia crianças e adolescentes de 8 a 16 anos, como uma modalidade de internação de curta duração. O serviço integra a Psiquiatria de Setor francesa, correspondendo ao que no Brasil seria a atenção à “crise” – mas que no léxico do hospital era corrente a expressão de prevenção ao “risco” de auto ou hetero violência. Essa diferença de ênfase é análoga ao modo como a internação poderia ser uma requisição de um médico que atendia num ambulatório do setor ou vir por meio da emergência pediátrica, localizada no térreo do hospital. Pois na emergência, aportavam crianças e adolescentes trazidos por pais, pessoal do abrigo de menores, ambulâncias, carros de bombeiro e em muitos casos, viaturas de polícia. Após estabilização somática de um eventual ferimento e na suspeita de estarem ante um caso psiquiátrico, os médicos da emergência solicitavam uma visita dos médicos do “5º andar” – como denominaremos o setor psiquiátrico. Essa notificação normalmente era relatada e discutida com a equipe (enfermeiras, médicos, educadoras, psicólogas e assistentes sociais) nas reuniões matinais diárias, onde se decidiam questões clínicas e administrativas, como quem entra, quem sai, discussões de caso, permissões para saída e telefonemas, intercorrências terapêuticas e organizacionais. Dali, e com a predisposição da impressão da equipe, deslocavam-se à emergência para uma avaliação do paciente: um psiquiatra e uma “cuidadora” (enfermeira ou auxiliar), que era suposta a incumbência de desenvolver um vínculo de confiança gradativa com o paciente.

O requisito para admitir um paciente no quinto andar era este ser *um risco para si mesmo ou para outrem*. Mas nas fichas dos pacientes um caso corriqueiro era descrito como “crise clástica”: uma crise de agitação em que um jovem aparentemente sem motivos e fora de controle, quebra objetos, eventualmente ameaça, machuca pessoas ou a si mesmo. São momentos em que tipicamente os pais, por medo, dúvida ou punição, chamam a polícia ou os bombeiros. Essas crises eram

pensadas pelos profissionais do quinto andar como “crises de angústia”; “transtorno de adaptação” na rotina; que irrompiam como comportamentos impulsivos e inconscientes, que algumas vez confundiam-se com tentativas de homicídio e suicídio.

Nos cinco casos em que descí com os profissionais até a emergência para acompanhá-los na entrevista com um adolescente, observei que estes já tinham uma boa idéia se iriam decidir pela internação ou não (ou em todo caso, nas dúvidas a serem dirimidas) baseados numa discussão prévia em reunião com representantes de todas as categorias profissionais. Penso que esse acordo prévio transcendia uma herança democrática da psiquiatria institucional. O que certamente pesava aqui era o meio século de refletividade engajada na França e o receio de estarem sendo instrumentalizados numa perspectiva de controle social no estilo de Goffman e Foucault (COUTANT, 2012). Isso ficava patente em dois momentos: Primeiro, quando relembavam sobre os aspectos nocivos da hospitalização: como a “rotulação”, a socialização com “jovens problemáticos”, além da violência do encarceramento involuntário. Segundo, ao indagarem sobre contextos familiares e de abrigos que são complexos e que não raro banalizavam e instrumentalizavam a internação, como um meio de provocar um afastamento forçado de jovens incomodativos. Por isso a discussão e consenso prévio poderia ser um meio de diluírem a responsabilidade entre a equipe e congregarem numa atmosfera de zelo e autoconfiança (não de autoritarismo punitivo, culpa). Como no caso de um jovem que chegou na noite anterior na emergência, sobre quem o psiquiatra relata as informações colhidas pelos plantonistas:

Matisse, 15 anos. A mãe chama o bombeiro para buscá-lo depois de uma crise de agitação, onde ele estava dando socos nas paredes. Quando o bombeiro chegou, Matisse colaborou e não precisou ser contido. A mãe relata ter se sentido ameaçada pelo comportamento de Matisse, mesmo que ele não tenha feito nada contra ela. E parece que eles têm uma relação conflituosa. Ele toma ritalina 20mg desde 13 anos. É acompanhado num CMP pelo Dr. Falcon. Matisse tem uma irmã de 13 anos e os pais se separaram faz três meses, quando a mãe e os filhos se mudaram de Paris para Lyon. Nesse período a mãe perdeu o emprego e a irmã mais nova foi morar na casa do avô materno (talvez também

tenha entrado em conflito com a mãe...). Enfim, as queixas não me parecem um motivo para a internação: Tem uma história que ele se levanta à noite para jogar no computador... Reclama que ele fala muito no telefone com a namorada... Talvez a mãe esteja com ciúmes (risos). Ah, a mãe também disse que perdeu o emprego. É muita coisa, ela deve estar no limite!

A Psicóloga pergunta se sabe do pai, se ele assumiu alguma coisa. Ele diz que não sabe, mas que sobrou para ela cuidar dos filhos e talvez eles a culpem pela separação. Os outros profissionais fazem anotações e alguns balançam a cabeça concordando. Um residente pergunta se não era o caso de voltar ao Dr. Falcon para rever a dose da medicação, que talvez estivesse muito alta e causando sintomas de agressividade. E por fim todos se acordam que provavelmente seja a mãe quem esteja precisando de amparo psicológico e que não se trate de um caso para internação. (Diário de campo)

Quando descem ao andar da emergência, vão ao encontro do jovem e o chamam para uma entrevista numa sala. O objetivo dessas entrevistas era fazer uma avaliação do comportamento e conteúdo verbal do adolescente, assim como: averiguar se havia usado drogas e a presença de “ideias sombrias” (desejo de morte); atitudes interpessoais como o “tipo de vínculo”; raciocínio coerente (investigando por exemplo, se estava consciente dos motivos de ter sido levado ao hospital). Esse tipo de avaliação, a única possível até o momento à Psiquiatria (sendo a área médica que não dispõe do “olhar de profundidade” na experiência clínica)⁸⁴ se apresenta inevitavelmente

⁸⁴Segundo Foucault (1972/2004) são mudanças da forma de visibilidade: do olhar de superfície ao olhar de profundidade da anátomo-clínica, que fundam uma nova relação entre olhar e linguagem na medicina moderna: “Em uma primeira aproximação poder-se-ia acreditar que se trata de uma redução da distância entre o sujeito cognoscente e o objeto de conhecimento. O médico dos séculos XVII e XVIII não permanecia “à distância” do doente? Não o olhava de longe, observando apenas as marcas superficiais e imediatamente visíveis, espreitando os fenômenos sem contato, apalpamento ou auscultação, adivinhando o interior apenas pelas notações externas? A mudança no saber

num raciocínio clínico que é imerso em julgamentos morais. Sendo assim, um “contato estranho” poderia significar a presença de uma forte angústia; “um olhar vazio”, “perdido”, “particular”, poderia ser indício de uma esquizofrenia ou autismo. Além disso, e muito importante, sondava-se se haveria outros motivos - não relacionados a uma suspeita de transtorno mental - concorrendo para a internação: como disputas familiares ou um desejo deslocado dos pais de punirem ou criarem um *distanciamento forçado*. Isso não era incomum e os profissionais concordavam que parecia ser caso de Matisse. Mas isso nem sempre era tão claro e exigia do entrevistador a habilidade de sondar sutilmente um possível terreno de conflito.

No caso de Matisse, depois de entrevistá-lo, médico e cuidadora se acordam que não é caso para internar. Comentam que sua expressão verbal é rica e coerente: “Não temos nenhum adolescente no serviço que se expresse tão bem!”. Também nada de “estranho” no contato. Além do mais, o conflito com a mãe torna-se explícito. Chamam então a mãe, pré-convocada para ir ao hospital naquela tarde. O psiquiatra antevendo a natureza das dificuldades que os aguardava comenta comigo e com a cuidadora: “Lá vamos nós fazer diplomacia!”. E após indagar e ouvir as razões da mãe, o psiquiatra fala cauteloso, num discurso pausado:

Não vejo motivo para a internação (Matisse comemora sacudindo um dos braços no ar). Entendo que a senhora tenha se sentido ameaçada, mas o fato de ele ter socado nas paredes não é exatamente um ato de violência. Se ele estivesse batido na senhora, ferido alguém...(pondera abaixando a voz). Mas acho importante você entender uma coisa (agora voltando o olhar para Matisse): Em casa é a sua mãe quem manda! Quando você fizer dezoito anos e quiser viver por sua própria conta... Por enquanto você deve

médico, no final do século XVIII, não provém, essencialmente, do fato de que o médico se aproximou do doente, estendeu os dedos e aplicou o ouvido; que, mudando de escala ele percebeu o que havia logo atrás da superfície visível, sendo assim, pouco a pouco, levado a “passar para o outro lado” e a descobrir a doença na profundidade secreta do corpo? (FOUCAULT: 1963:155-156)

obedecer a sua mãe. Sobre a sua namorada, sua mãe disse que vocês brigam muito no telefone... Eu sei que quando a gente se apaixona na sua idade... É normal a gente ter uma relação muito fusional... O fato de você estar longe... Deve estar sendo difícil... Mas tem que haver um limite. E caso esteja muito difícil a convivência de vocês agora, quem sabe não seria bom Matisse passar um tempo na casa do avô, que é uma pessoa neutra nessa história, até a senhora se reorganizar? Se a senhora quiser, também posso encaminhá-la para atendimento psicológico nessa fase difícil. Também vamos marcar uma consulta com o Dr. Falcon para reavaliar a dose da Ritalina, pois pode estar muito alta e contribuindo na agressividade de Matisse. A mãe, um pouco contrariada com a conclusão, pergunta: E como posso saber quando o comportamento dele está ficando perigoso?! (Diário de campo).

A pergunta da mãe de Matisse não tem resposta, mesmo sendo a pergunta mais importante na decisão por uma hospitalização. Entre o risco de uma hospitalização e o risco à vida, prefere-se arriscar o primeiro. (E vi um caso em que se voltou atrás e se deu alta após somente dois dias). Enfim, observei que na prática a decisão leva em conta fatores heterogêneos como: recomendações técnicas, experiência com casos semelhantes, intuição (sensação pessoal sem motivos conscientes) e número de vagas disponíveis.

Ao ser internado, o jovem deve enfrentar um regime de isolamento severo com o cotidiano por dois dias. Ele não pode receber visitas, nem telefonemas. Além disso, é privado de quase todos os seus pertences pessoais, mesmo roupas e sapatos. Deve trocá-los por um pijama azul, que segundo os profissionais “facilitava a regressão” e o “deixar-se cuidar”. De fato, a imagem de jovens de meias e com pijamas sempre num tamanho muito grande para eles, precisando ser dobrados nas mangas e barras (e fazendo-os parecer ainda menores) - era eloqüente. Essas manipulações de símbolos e marcada ruptura com a realidade exterior nos evoca as etapas rituais identificadas por Van Gennep (1909/1978): separação, margem e agregação. Esses primeiros dias no hospital eram como uma ruptura existencial cotidiana, onde jovem era trazido para uma posição de igualdade com os demais. A hospitalização, nesse sentido, seria um artifício de transformação, já que

o objetivo final era conduzir o jovem a um novo patamar existencial, uma nova organização subjetiva: onde seja privilegiada a expressão por palavras ao invés de atos, uma forma mais próxima ao modo adulto.

Quando ouvi um profissional falar informalmente do caráter terapêutico de uma “estadia de ruptura”, me pareceu um termo muito preciso. Especificamente, essa ruptura com o cotidiano, especialmente com o “desejo da mãe” (segundo me relatou não só a psicóloga, mas psiquiatra e cuidadoras), versa sobre o mito lacaniano de constituição subjetiva. Separar desse contexto e estimular novas disposições é o sentido que perpassa a internação. E o consenso entre os profissionais é que isso acontecia bem rápido. De fato, fiquei boquiaberta de ver jovens que com risco de suicídio +++⁸⁵ (um que ameaçou e outro que de fato se atirou do terceiro andar de um prédio e estava se recuperando com diversas fraturas) ter crises de risos e se rolar no chão com os outros. Mas me perguntava se a brusca mudança no estado de espírito seria um fenômeno da internação, da condição pessoal ou da pouca idade - onde a fantasia identitária não precisava ser sustentada. De todo modo, ante um menino de 12 anos que diz reiteradamente ter se atirado da janela porque estava enjoado e tinha medo de vomitar; só suscita o julgamento moral de que houve um despropósito. De que deve haver nessa explicação uma expressão imprecisa. São, portanto, as traduções e práticas para se lidar com esse tipo de situação que eu estava lá para observar.

Passados os dois primeiros dias, o jovem pode tirar o pijama e usar sua roupa. Pertences pessoais também são recuperados (exceto os que sejam passíveis de causar ferimentos e intoxicações, como embalagens de vidro, desodorantes, cintas, cordões, giletes ou permitirem o contato com o ambiente externo, como celulares). Ele também já pode receber as duas visitas que tem direito durante a internação (máximo duas horas de visita) e dar dois telefonemas de 10 minutos, no momento em que uma cuidadora tenha disponibilidade para supervisioná-lo. Do choque de isolamento austero, segue-se um período de adaptação à vida do serviço, que é também a ocasião para uma

85 Para ajudar na sondagem do risco suicídio, havia um protocolo de graduação : +, ++, +++, +++++, em função de um risco maior ou menor. Exemplo: ter um plano preciso num cenário que realmente implique letalidade (+); já ter tentado suicídio por um meio letal e com possibilidade remota de ser salvo por um terceiro (+++).

avaliação física e comportamental: exames laboratoriais, neurológicos, entrevistas e análise sobre a adaptação à rotina.

Para o jovem que passa por uma internação, a inserção na rotina do setor psiquiátrico exige mais do que se espera de um paciente hospitalizado. Implica numa exigência de engajamento ativo nas várias atividades que são recurso das avaliações e terapêutica, como no assujeitamento a um conjunto de regras que marcam um novo cotidiano. A maneira de se inserir nessa nova estrutura (a adaptação, a postura nas atividades, o tipo de vínculo que desenvolve com a equipe e outros jovens) é a principal fonte de informação sobre seu estado mental. Nesse contexto, que é de avaliação, mas igualmente de construção subjetiva, o paciente deve, por exemplo, manter seu quarto arrumado e retornar à ele só em momentos ou atividades pré-determinadas: ler, estudar, dormir, ouvir música, ou no “tempo para si”. Logo se tem que o quarto não é apenas um recinto de descanso, representa um dispositivo de recolhimento, interiorização e construção de si, que acontece na divisão de tempo da rotina diária.

5.2 A VIDA NO HOSPITAL (NEM PRISÃO, NEM COLÔNIA DE FÉRIAS)

(Menino de 15 anos) -Eu vou ficar aqui para sempre?

(Enfermeira) -Não, você sai assim que o médico autorizar.

Menino de 15 anos) -Eu estou aqui porque eu fiz alguma coisa errada?

(Enfermeira) - Por favor, pare de repetir sempre as mesmas perguntas!

O hospital é uma estrutura na qual a noção de cura e de perigo de morte são encadeadas numa constante avaliação do risco. Essa ação de zelo não impede que se constate que historicamente o hospital tenha sido um lugar tanto de caridade como de depósito de moribundos indesejáveis e responsáveis de toda sorte de desordens não legalmente sancionadas. A internação em psiquiatria, com o exemplo paradigmático do manicômio, é a modalidade que ainda preserva essa representação original de ruptura com a sociedade - um lugar de afastamento dos inconvenientes. Por isso, a ruptura com o cotidiano e pessoas de convívio relatada acima com um viés terapêutico, não poderia ser confundida com a ruptura no sentido de “exclusão da sociedade”. Mas

isso exige dos profissionais, mais que diplomacia. Exige uma operação discursiva, que merecia um subitem no protocolo de entrevista: “-desdramatizar a internação”. A importância de afastar um possível significado dramático do imaginário dos pais e jovens, acontecia pela proposição de outro - de que a contenção no hospital representa proteção e cuidado. Ou seja, reforçar a idéia de que o hospital é um lugar que possibilita uma avaliação cuidadosa, por meio da qual se poderá achar o melhor tratamento para o adolescente. O fato desses dois significados não se excluírem, necessariamente – dado que o propósito dos asilos depois de Pinel também implicou assistência, proteção e avaliação – significa que esse assunto não se resolvia de pronto. Era o tipo de paradoxo com que tinham que conviver e ativamente combater. Por esse motivo os jovens eram constantemente lembrados que estavam lá temporariamente, para “se acalmarem” um pouco enquanto as suas vidas (lá fora) os esperam oportunamente. Então por mais que lhes parecesse uma detenção desagradável, o trabalho dos profissionais era de reiterar as vantagens de um afastamento temporário. Mas às vezes os profissionais também se cansavam dessa tarefa.

Por outro lado, reunir jovens entediados e não necessariamente debilitados (ao contrário com “excessiva” energia) numa ala pequena de hospital, não era de fácil manejo. A sala das cuidadoras era um refúgio daquelas que estavam na linha de frente, isto é, imbuídas da crítica atividade de gerenciar a rotina dos jovens. Dentro dela, um espaço para respirar, fugir dos pacientes muito carentes, retomar a calma e refletir se era o caso de mandar para o quarto da contenção aquele menino que insistia em não acatar as regras. De dentro da sala, ouvindo-se os incessantes gritos e gargalhadas (e observando da janela de vidro duas jovens de doze e treze anos deslizarem com as meias nos corredores) uma cuidadora constata resignada: “Eles pensam que estão numa colônia de férias!” Mas nem colônia de férias, nem prisão, e um pouco de cada coisa. Afina, o significado de “tratamento” não é evidente quando se vive entre opções apresentadas como lúdicas, mas geralmente obrigatórias e bastante restritas. Isso impelia uma aliança rebelde entre os jovens, que logo assimilavam que formavam um grupo oprimido e conspiravam fugas e modos de burlar os limites. Ora chorando, ora se divertindo à beça com tudo isso.

As atividades administrativas começam às 8:30h, onde as cuidadoras acordam os jovens que ainda dormem. Eles têm uma hora para tomar café no refeitório com os demais. Caso se recuse a acordar, a regra é que só poderá comer no almoço, às 12h. Já para a maior parte da

equipe profissional, a jornada começa às 9h com as reuniões diárias de quarenta minutos. Estas tinham por objetivo discutir uma infinidade de questões: “as entradas” (os casos que estão na emergência e os programados); “as saídas” (e encaminhamentos) e revisarem as informações sobre os pacientes já internados. Num dia por semana a reunião é dedicada a um único paciente e os profissionais de todas as categorias se revezam para apresentarem uma “síntese” (que ao final visava uma outra, a interdisciplinar) sobre ele: Retraçam os motivos da internação, o contexto familiar, as impressões nos contatos com os familiares, o comportamento do jovem na rotina do hospital, nas oficinas, e com os demais. Era muito freqüente que essas informações abordassem o paciente a partir do “tipo de vínculo”, indicando uma formação psicodinâmica na psiquiatria, que embora em franco declínio (LÉZÉ, 2011)⁸⁶, ainda é muito forte na França

Depois das refeições, os jovens maiores de 12 anos devem permanecer 1h no quarto no denominado “tempo para si”. Nesse momento é suposto que ele faça a higiene pessoal, realize atividades de lazer (a escrita em um diário é bastante estimulada) e principalmente, se confronte com a solidão e com o senso de um *self*. Às 10h e às 15h, ocorrem as atividades terapêuticas do dia. Elas são desenvolvidas por educadoras, cuidadoras e psicólogas. Podem ser ateliês de criatividade (que variam: cozinha, argila, costura) ou atividades terapêuticas (massagem e relaxamento, estética, oficina de escrita, de fotolinguagem). A participação nas oficinas é restrita para os inscritos (sob prescrição médica, mas em acordo com os profissionais das outras áreas presentes na reunião diária). Ao final de cada oficina, avalia-se e registra-se sobre a participação de cada um.

Além dos ateliês de criatividade e das atividades terapêuticas há entrevistas psicológicas e psiquiátricas individuais e com os pais, reuniões semanais com os profissionais e atividades livres de lazer (ping-pong, saco de boxe, mini futebol, jogos de cartas e tabuleiro, artesanato, empréstimo de livros). Durante o tempo livre também é facultado ficar até vinte minutos no computador sob supervisão de uma educadora ou cuidadora. Neste, não se pode acessar email nem redes sociais, por conta do isolamento ao qual é suposto estar-se submetido. Também não podem acessar clipes e ouvir músicas com conteúdos que as cuidadoras considerem “vulgares” ou “violentos”. A divisão do tempo é marcada ainda pelo lanche da tarde, às 16h. As 16:30h é o momento da visita dos pais, que podem ficar no quarto ou circular no

⁸⁶ Ante à tendência biologicista internacional.

pátio do hospital. Às 19h é hora da janta. Após a janta todos podem assistir uma hora de televisão nos pufes da sala de lazer (não tem televisão no quarto). As 20:30h os menores de 11 anos devem ir para o quarto. Os maiores podem ficar nas dependências comuns do setor (jogando ou conversando) até as 22:30h. As portas dos quartos não são chaveadas, mas as cuidadoras se revezam em regime de plantão para assegurar que cada um permaneça dentro do próprio quarto. As intercorrências noturnas, caso existam, são discutidas na manhã seguinte. Estas normalmente aludem a tentativas de fuga do hospital ou de namoros .

5.3. PRINCÍPIOS TERAPÊUTICOS E RESISTÊNCIAS

Estar num hospital, sem poder sair, é algo que provoca muita contrariedade nos adolescentes, e demanda muito “manejo” dos profissionais. Esse manejo visa formas de cerceamento e envolve uma dose de ambivalência moral em relação aos mesmos. Contudo, entre os profissionais há uma premissa legitimadora – e auto-apaziguadora - ante ao paradoxo moral imposto pela estrutura hospitalar. Essa premissa seria “ser cuidadoso(a)”⁸⁷. Essa prescrição é informal e polissêmica, utilizada pelos profissionais também no julgamento da conduta daqueles que estão num lugar de *autoridade* em relação aos menores: pais e pares técnicos. Foi uma injunção moral que escutei repetidas vezes como uma evidência, mas que demanda exame, uma vez que transformar a realidade cotidiana em abstrações implica numa forçosa redução semântica. Então observando as práticas profissionais no hospital, nota-se que o “ser cuidadoso” alude principalmente ao princípio de *temporalidade*. Objetivamente e sinteticamente, seria equivalente ao imperativo de “impor a heteronomia necessária para que a autonomia possa florescer“. Observando pontualmente, esse princípio descrevia exigências contraditórias, como impor a despersonalização (a troca das roupas pelo pijama azul) e incentivar o cultivo do mundo interior (no “tempo para si”). Essa dupla injunção não é paradoxal pois implicava uma seqüência temporal: primeiro convoca o jovem “perdido” retornar um pouco, “regredir” (“deixar-se cuidar”) e só num segundo momento indica-se o “bom caminho” (o cuidado de si, o autocultivo estruturado). Mas a transição e ênfase dessas etapas variam com cada paciente.

⁸⁷“Être bienveillant(e)” : traduzido literalmente seria benevolente, indulgente, gentil. É um significado que implica um atributo, uma relação e uma situação.

Poderia, como dito acima, ocorrer bem rápido. Assim como a alta incidência de reinternações também aponta que não era definitiva. Enfim, a fragilidade desse propósito vinha à tona quando os profissionais procuravam lembrar uns aos outros - principalmente quando algo ia mal - da natureza real de sua prática: “aquí a gente não *cura* ninguém, a gente *trata*”. Ou seja, dada a natureza do objeto com que trabalham não se espera que as soluções sejam definitivas. O objetivo era auxiliar no sentido de uma mudança, incerta, mas de forma intensiva.

A seguir descrevo os princípios terapêuticos baseando-me em enunciados sobre os jovens e sobre as práticas profissionais, nas reuniões e outras situações do cotidiano hospitalar.

5.3.1 Tempo um: Contenção

Admitir um jovem no setor psiquiátrico implica interpretar uma situação de risco de auto ou hetero violência. A natureza dessa violência é imprecisa e complexa, envolvendo contextos familiares, culturais e econômicos. Mas a hospitalização não corresponde sempre a um meio de intervir numa situação de risco iminente. Os jovens também podem chegar ao hospital por conta de uma hospitalização programada por um outro psiquiatra do setor que o acompanha em ambulatório. Dessa forma, o hospital serviria como um contexto privilegiado à observação do indivíduo, graças ao isolamento do ambiente natural. Um tipo de laboratório onde os dados mais privilegiados são os modos de vínculo que ele estabelece com o pessoal e suas reações à rotina do serviço. Avaliar seria igualmente observar os efeitos de uma mudança de medicamento, uma vez que o pressuposto é que observação do *comportamento de um jovem é mais confiável que suas palavras*. Nesse caso também era uma maneira de proteger os jovens dos eventuais efeitos paradoxais⁸⁸ da nova medicação e situações indesejadas na escola e comunidade.

O aparato hospitalar, como já descrito mais acima, acerca da rotina de internação, implica que inúmeras restrições sejam impostas aos jovens. Não sem ambigüidade, os profissionais procuram salientar o aspecto “cuidadoso” do “enquadramento”. Esse aspecto tem a ver com uma condição de possibilidade de intervenção num espectro temporal. O enquadramento seria nesse sistema, análogo ao primeiro tempo do

⁸⁸ Os psicotrópicos, em algumas pessoas, causam um efeito oposto ao qual foi designado. Ex: Um calmante causar excitação.

cuidado: fazer parar, regredir um pouco para uma situação artificialmente criada – o hospital - que se situa à parte da arena do conflito, mesmo que isso lhes cause inicialmente desconforto. Dessa forma há diversos níveis de contenção: a retirada do universo cotidiano para um lugar estranho e fechado, a devida reformulação da rotina (restrição às roupas, objetos pessoais, acesso ao computador); a submissão às regras das atividades dessa rotina; o uso do calmante (em alguns casos); o isolamento momentâneo no próprio quarto (quando ocorre uma quebra de regras moderada, tais como a proibição de xingar e trapacear); a contenção física pelas cuidadoras no próprio quarto (em caso em que não foi possível a hipótese anterior); até a contenção no “quarto de pacificação”⁸⁹, ou “quarto dez” - especialmente equipado com faixas onde o jovem fica atado imóvel na cama por cerca de uma ou duas horas. Vi essa situação ocorrer uma vez. Quando uma menina de treze anos, ao ser mandada para o próprio quarto quebrou todos os móveis jogando-os contra porta e janelas:

Ramia e Nimá têm ambas treze anos e são uma dupla explosiva no hospital. Nimá nasceu no Djibouti e quando tinha cinco anos sua família (pais e dois irmãos) emigraram para França. Segundo relato da mãe, Nimá é a única dos filhos que lhes dá problema. Ela foi parar no serviço após a mãe prestar queixa na polícia, quando Nimá tentou incendiar a casa. Ela diz que não foi ela, mas as câmeras de segurança a filmaram ateando fogo à lixeira externa. Foi encaminhada ao hospital para avaliação. Ramia, por sua vez é descendente de argelinos e vive desde os três anos em um grande abrigo de menores do setor departamental. No abrigo teve vários episódios de fuga e brigas, de modo que vem há algum tempo sendo acompanhada em hospitalizações intermitentes⁹⁰. Segundo o psiquiatra, a equipe busca avaliar se os problemas comportamentais de Ramia são uma forma de “testar os adultos” ou se tem “sintomas bipolares”. A manifestação de uma instantânea afinidade entre Ramia e Nimá não agrada as cuidadoras. Elas planejam fugas e se associam para importunar outros jovens. No

⁸⁹ *Chambre de apaisement.*

⁹⁰ *Bilans de Santé.*

momento brincam de pega-pega pelos corredores, onde da sala das cuidadoras, as vemos passarem aos gritos. Após alguns pedidos para que se acalmassem (ignorados) uma das cuidadoras as interpela: “Assim não dá, vocês ou vão para os quartos, ou para a sala azul (de jogos)!” Segundo essa cuidadora relata às demais, Ramia faz “gestos obscenos” para ela. Ela é mandada para o quarto, mas se recusa. É então levada ao seu quarto imobilizada e assim que a porta é trancada ela começa a jogar os móveis do quarto contra a porta. Duas cuidadoras e um cuidador seguram a porta se perguntando se a mesma resistirá. Os seguranças do hospital são chamados e uma quarta cuidadora os espera na ala externa do setor. Uma quinta, aciona o travamento das portas que dão acesso a outras partes do serviço. Os seguranças chegam e perguntam o que está acontecendo e o que há de móveis no quarto. “Uma mesa, uma poltrona...” vai enumerando a cuidadora. Os seguranças abrem a porta e Ramia sai andando sem mostrar resistência. Eles andam ao lado dela até o “quarto de pacificação”, onde ficará imobilizada na cama por uma hora.
(Diário de campo)

Noutra internação, soube-se que Ramia foi novamente mandada ao “quarto dez”, após agredir com socos uma cuidadora que a proibiu de estender o tempo no computador. O terceiro exemplo do uso da contenção extrema ocorreu com um jovem de doze anos que agride fisicamente outro paciente durante uma brincadeira de jogos de cartas, pois não aceita o fato de ter perdido a partida.

Levar um jovem ao quarto de contenção era uma medida que deixava a equipe abatida. Era como se dissessem “não tivemos alternativa”. Noutro dia esse seria um dos assuntos da reunião e provocaria momentâneo silêncio com caretas de consternação. Nesses momentos, lembrava-se inclusive a “história triste” de cada um. E estas normalmente reenviavam a um paciente típico: jovens filhos de imigrantes e que vivem num abrigo. Esse era o caso dos jovens recém mencionados. Concebidos como duplamente vulneráveis, deixavam nu o

encontro da “violência objetiva” como diz Zizek (2014)⁹¹ com a pretensão terapêutica. Lembavam que no limite, “ser cuidadoso” era realizar a violência que se dizia prevenir. Uma situação desconfortável que fazia com que estes mesmos profissionais vez ou outra também torcessem para que a já previsível reinternação desses mesmos jovens demorasse bastante, para que pudessem descansar um pouco deles.

A questão que se segue é o porquê da contenção (de modo geral) ser vista como necessária. Para explicar o valor terapêutico das modalidades de “contenção” é preciso pressupor no jovem, uma *incapacidade relativa a maturação incompleta*: ele deve ser contido por não conseguir conter-se. Há portanto uma ênfase à inépcia, que remete ao estágio de desenvolvimento:

...É um como uma criança pequena que é ensinada a não fazer xixi em qualquer lugar. A gente a ajuda a aprender que é preciso se conter para ela, aos poucos, interiorizar isso. Mas isso não quer dizer que ela aprenda [mais tarde me mostra um cartaz com uma mensagem jocosa afixada na sala das cuidadoras, no qual estava escrito: “Fui no psiquiatra porque fazia xixi na cama. Hoje eu faço xixi na cama e tenho orgulho disso!”
(Diário de campo)

O jocoso revela o “paradoxo da cura” com que trabalhavam. Havia uma impotência inerente a essa ambição, e isso lhes era consciente. No entanto, as práticas do respeito às regras de rotina apontavam num sentido que era o da interiorização da norma. Algo que se situava entre o âmbito legal, educacional e psicológico. Na esfera legal está presente no sentido de “enquadramento”, cujo paciente típico - os filhos de imigrantes em crises de agitação/agressividade - identificados nos exemplos acima, mas também em outros estudos (LEZÉ & GANSEL (2015) confluem para o que Fassin (2014) nota nas políticas de imigração na França. Nestas Fassin (2014) observa uma “economia moral” da “compaixão e repressão”. Onde o imigrante além de vulnerável é também tido como potencialmente violento. Na prática observa-se como o hospital é um destino comum de jovens filhos de

⁹¹Em referência a distinção de Zizek (2014) entre “violência objetiva” (praticada pelo capital e normalmente invisível e pouco valorizada pela mídia) e “violência subjetiva” (provocada por pessoas e amplamente visível e comentada, por conta de um fascínio que lhe é inerente).

imigrantes. Estes potencialmente perturbadores, uma vez que são internados e reinternados com maior regularidade.

O valor educacional da contenção está presente na noção de aptidão para o desenvolvimento, que legitima o exercício de aprendizado. A ênfase pedagógica ou das “técnicas de reeducação” já se faz presente na lei que funda a política de setor na França. Nesta, existe uma preocupação em fazer uma separação entre doença mental e retardo mental, recomendando que sejam tratados em instituições separadas e específicas. A lei também tipifica que o público alvo dos serviços de psiquiatria sejam “crianças educáveis ou semi-educáveis” (CIRCULAIRE, 1960).

Sobre a contenção (na modalidade mais restritiva) deve-se registrar que esta não é exatamente tida como uma técnica de reeducação. No protocolo da Saúde Mental francesa ela é especificada como um recurso terminal, indicado para prevenir ou responder a uma violência imediata que coloque em risco a integridade física do paciente ou de um terceiro (HAS, 2017).

O aspecto psicológico da contenção tem como pano de fundo a teoria de formação psíquica Freud-lacanianiana da interiorização da ordem simbólica; ou de Winnicott, do *holding*. Com relação ao primeiro, a contenção visa demarcar modos de expressão que são aceitos ou não. Ele se refere ao respeito às normas, mas também ao exercício de prioridade à expressão verbal. No segundo caso a contenção hospitalar é como um “suporte” para o desenvolvimento e o amadurecimento das funções psíquicas. Ambos relacionam-se a um processo de individuação.

5.3.2 Tempo dois: Individuação

O enquadramento tinha uma finalidade clara. Como no sentido geométrico da palavra, traçar um perímetro entre fora/dentro, para a partir de uma pressão de fora (sobre o espaço/tempo e comportamento) fazer emergir uma individualidade que se exprime e se relaciona sob certos limites. Tendo narrado um pouco dos mecanismos de enquadramento, examinemos o que ele visa: a emergência de um sujeito que obedece as regras e aprende que é punido quando faz de outro modo.

O processo de individualização não é algo presumido como algo simples para os adolescentes internados. Eram jovens que sofriam de “problemas de adaptação”, me diz o psiquiatra. E acessar como se estimulava esse movimento, não é algo que pode ser observado de

forma direta, mas sob atividades e situações isoladas que procuramos aqui descrever. Uma delas era a manutenção de uma distância física com os jovens, desviando-se deles quando procuravam a proximidade e interpelando-os com as mãos apoiadas na cintura, bolso ou atrás do corpo. Isso me passou despercebido até um episódio ocorrido na sala de jogos. Neste, estava com outras duas cuidadoras, jogando cartas com os jovens, quando tive o ímpeto de ajeitar o pijama de uma jovem de doze anos. Ela estava de pé assistindo a partida e percebi que pisoteava sobre parte da calça, que sobrava em seu corpo de baixa estatura. Percebo um olhar de desaprovação da cuidadora. Nessa mesma linha, notei o constrangimento de um enfermeiro com um jovem de dez anos que queria ficar o tempo todo junto dele.

Indagando diretamente sobre a situação do “pijama comprido”, a cuidadora me fala que o distanciamento físico serve como cautela, dada a (presumida) suscetibilidade desses jovens “ao nível pulsional”. Isso, aparentemente requeria um distanciamento não só físico, mas também moral. Para explorar este último aspecto, observa-se por exemplo como a interdição de vulgaridades e violência na conduta dos jovens busca um afastamento do registro da intimidade. Observei ainda a peculiaridade dos modos de uma modalidade profissional que não encontra paralelo no Brasil, as “educadoras” sociais⁹². Essa atividade que encontra colocação no domínio médico e social acompanha o jovem visando “suporte à inserção social” (MINISTÈRE, 2014). Esta inserção frequentemente, é tomada numa perspectiva adaptativa e de responsabilização do jovem, visando o cumprimento de objetivos práticos, como a adaptação às regras no hospital e (fora dali) o engajamento educacional ou de um projeto de autonomia⁹³. No hospital e de modo prático, percebia que elas eram as técnicas que se colocavam mais simétricas com relação aos pacientes, utilizando com eles o “tu”, enquanto as outras categorias preferiam o “vós”; transitando entre uma figura firme o suficiente para atuar na linha de frente dos conflitos e

⁹²Na França chama-se de *éducateur spécialisé(e)* em outros países como a Alemanha e Espanha, “pedagogo especializado” e “educador social”, respectivamente. Ajuda pessoas com dificuldades de autonomia, como crianças, jovens, idosos e portadores de deficiência. Não se confunde com a atividade de assistente social, nem de conselheiro tutelar.

⁹³Enquanto assistentes-chaves na articulação dos jovens com as políticas de proteção na França, Cruz (2014) observa como a tomada desses direitos tem assumido um caráter contratualista, onde o jovem é conduzido a engajar-se em projetos de autonomia de curto prazo.

descontraída para acompanhar os jovens em atividades menos convencionais como sair para um jogo de futebol improvisado no pátio ou fumar. Essa proximidade com os jovens, que poderia ser perigoso a outras categorias profissionais, permitiam que gritassem irritadas – “encarnando o próprio lugar do jovem” – como curiosamente me comenta uma psicóloga. O fato é que nos momentos de crise, elas pareciam estar lá, para, tão exaltadas quanto fosse ruidosa a situação, passarem um sermão nos adolescentes que se recusavam a obedecer as regras do hospital. Uma outra faceta do “trabalho sujo” (HUGHES, 1962), onde encena-se a conduta a ser evitada. A curiosidade dessa profissional é que sua ambigüidade permitia que defendessem um *limite* entre o que seria aceito, assumindo uma forma pouco prestigiada para sustentar o que o restante do *staff* (silenciosa e calmamente) consentia como importante.

Tendo isso posto, examinemos uma atividade que me pareceu tão curiosa como estratégica: O “tempo para si”. Esse era um tempo para que os jovens “se ocupassem de si mesmo”: cuidar da higiene do corpo e exercer tarefas solitárias, como a escrita em um diário. Então e a despeito do protesto dos alguns jovens que aparentemente preferiam ficar com os outros nas áreas comuns, estes tinham que ficar uma hora fechados em seus quartos depois das refeições. Nesse tempo, que se entende ser também uma modalidade de cultivo do *self* em que a duração está implícita, requer-se a tomada de si mesmo como um objeto significativo de investimento, ao menos como um modo de não se entediar no decorrer de um período estipulado. O exercício dessa capacidade de voltar-se para si era significativo na medida em que direcionava impulsos tidos como desorganizados, para objetos e modos de expressão legítimos.

O balizamento dos modos de expressão fazia com que as atividades terapêuticas fossem - diferentemente do CAPSi - geralmente *orientadas* e nem sempre com o objetivo de revelar os sentimentos ocultos. Antes se tratava de um *exercício*, que poderia ocorrer tranquilamente sob um artifício “lúdico”, como me diz a responsável pela oficina de escrita, intitulada “jogo de palavras”:

Meu objetivo é elaborar uma atividade que seja lúdica, em que eles tenham prazer. Tento não constrangê-los, pedindo depoimentos diretos sobre a sua situação lá fora, ou os motivos do sofrimento. Se eles quiserem escrever sobre isso, tudo bem. Mas você viu que meu objetivo é que

eles descubram essa atividade da escrita, que eles brinquem com as palavras, com os sons das palavras também... Como um recurso, uma ferramenta prazerosa.
(Diário de Campo)

As atividades dessa oficina ocorriam em grupo e envolviam uma interação onde um continuava a palavra, frase ou história do outro, conforme ia passando uma folha de mão em mão. As intervenções eram no sentido de ressaltar como cada um tinha um uso original para as palavras, que eles não precisavam ter medo de errar, que “*tudo era possível no uso das palavras*”. Assim, os jovens eram incentivados num caminho de expressão verbal, um modo de atuação considerado criativo, mas também saudável e maduro.

5.4 TEMPORALIDADE E DESENVOLVIMENTO DO *SELF*

Pesquisar no hospital de Lyon, após parte da pesquisa ser concluída no CAPSi, foi favorável para suscitar alguns estranhamentos sobre o que se passava nestes diferentes campos. Desses estranhamentos, nos ocorreu de fazer um paralelo dos princípios terapêuticos presentes nesses dois contextos: CAPSi (cap. 2) e Hospital de Lyon. Para tal, leva-se em conta a fragilidade desse tipo de comparação, uma vez que se tratam de contextos distintos e que não devem ser generalizados, dado seus estados de constante mudança e articulação com outros serviços e instituições. Feita essa ressalva, procurou-se neste capítulo descrever como estes princípios estavam fundamentados em determinados valores, que não necessariamente compõem um conjunto de normas explícitas. Entretanto, esses valores estão presentes nas “práticas terapêuticas” e guiam condutas dos profissionais. O que me parece pertinente questionar é o que esses valores refletem uma perspectiva particular e localizada do cuidado. “Ser cuidadoso(a)” no hospital, baseava-se em pressupostos sobre os jovens e suas necessidades, assim como contribuem para distintos modos de subjetivação.

Tendo em mente o campo do CAPSi, um primeiro ponto de diferenciação são as características do jovem típico que é atendido nesse tipo de serviço. São jovens com problemas comportamentais, que em “crises de agitação” quebram objetos, fogem, agredem ou ameaçam pessoas. Geralmente são jovens filhos de imigrantes ou de classes populares; de modo que o afastamento desse padrão costuma ser

destacado em *briefings* de equipe⁹⁴. Esse perfil também foi reiterado por uma psiquiatra sobre os usuários adolescentes de num hospital-dia da região⁹⁵. Segundo ela, não foi sempre assim, mas atualmente destaca-se a elevada demanda do atendimento para jovens com problemas de comportamento como fuga e hetero-violência.

É interessante nos perguntarmos onde estarão os jovens com comportamentos violentos de Florianópolis. Pois, de todo modo, não parece um tipo de queixa normalmente encaminhada aos serviços de saúde mental. Sobre isso, supõe-se que por duas razões já apontadas nos capítulos anteriores: Primeiramente pelo modo em que está estruturada a rede de saúde mental de Florianópolis, em que quase não há atendimento à crise, e quando há, deve-se privilegiar jovens “bonzinhos” ou adictos. Assim como pela da noção infantojuvenil vitimada no texto das políticas públicas brasileiras, em que a aparente fuga desse perfil, tem mais chances que ser apreendida por instituições de cunho educacional-punitiva. E uma vez lá, são pequenas as chances de suscitar para outras interpretações para o seu comportamento “violento” (vide cap. 1).

No hospital de Lyon, os profissionais ressaltam que os jovens com os quais se ocupam apresentam problemas “ao nível das pulsões”. A pulsão é, na linguagem psicanalítica, um "*Processo dinâmico* que consiste numa pressão ou força que faz o organismo tender para um *objetivo* (Laplanche e Pontalis, 1995, P.394, grifo nosso). Mais que isso, a pulsão alude a uma teoria civilizacional que impõe ao indivíduo renúncias e controle na manifestação dos impulsos⁹⁶, fazendo com que o jovem se expresse e relacione de maneira problemática. Esse é o pressuposto presente na constatação de que jovens do hospital, antes de problemas psiquiátricos, tem problemas de “adaptação” (como me fala o psiquiatra). A questão que se põe a cada internação é se a inadequação mais importante está mesmo no comportamento do jovem, ou,

⁹⁴ Esse desvio estava, por exemplo, presente na situação privilegiada de Antoine, cuja família iria passar as férias no Taiti; ou na queixa “muito original” sobre Jerome, de que ele costumava fugir das aulas para enfurnar-se numa biblioteca e passar o dia todo lendo histórias de aventura. Algo, que como comenta um dos psiquiatras, seria até muito interessante, caso não se suspeitasse que ele confunde a realidade com a fantasia das histórias que lê.

⁹⁵ Hospital-dia para adolescentes de Saint-Étienne.

⁹⁶ Na obra “O mal-estar na Civilização” de Freud (1920/2011) depreende-se que os mecanismos civilizacionais se dão primariamente num sentido agonista com os interesses do indivíduo. Seguem um curso de coeção externa às pulsões, até um processo de internalização das repressões.

alternativamente, em outras figuras de seu convívio que concorrem para uma situação turbulenta. Essa dúvida latente é que demanda “habilidades de diplomacia” dos técnicos nas entrevistas com a família. Ainda em relação a esse ponto, torna-se compreensível que o afastamento da família seja visto como favorável, algo impensável tanto no CAPSi como no Hospital Infantil. Neste último contexto, antes de um plano formal de tratamento incide a previsão do ECA da obrigatoriedade do acompanhamento do jovem internado por um dos pais. Já no CAPSi existe (como comentou-se no cap. 2) uma percepção difusa de “falta de afeto” nos usuários. Esse último aspecto não é uma causa privilegiada mas concorre para que uma das tarefas mais árduas dos profissionais do CAPSi seja “trazer” e engajar os familiares no tratamento dos filhos. Consonante com esse pressuposto, o toque físico amigável, como a repetida passada de mão na cabeça dos jovens tem um sentido positivo nos referidos contextos que pesquisei no Brasil (CAPSi e HI).

No hospital de Lyon, a ruptura com a família e com o cotidiano cumpre um papel “terapêutico”. Além de estancar uma crise iminente, permite um “enquadramento” por meio do qual ocorria também uma avaliação. Nesta, a observação do comportamento do jovem (como ele se relacionava com a equipe, com os outros jovens e a estrutura do hospital) parecia mais confiável que suas palavras. Além disso e ao contrário do que se viu no CAPSi, o fundamental não é que o jovem falasse sobre o seu sofrimento. Até porque havia uma suposição de que os jovens internados encontrariam dificuldades para se comunicar em palavras (ao invés de atos). E isso fazia com que os esforços da equipe fossem voltados não somente para escutar, mas principalmente para observar. A socialização entre os jovens não era necessariamente um trunfo e suas expressões, incentivadas somente sob determinados moldes e períodos. Eram as técnicas de controle incidindo sobre o corpo, contendo-o e reeducando-o em diversas instâncias para alcançar o espírito. E não o contrário. E pela suposição que o desenvolvimento do *self* se dá nesse sentido.

Sobre a comparação Florianópolis - Lyon, reforço que deve ser observada sob certos limites. Ainda assim, ela me parece importante para enfatizar especificidades de cada país nas políticas públicas para saúde mental e infância e juventude. De acordo com as observações no hospital e estudos como o de Cruz (2014) em que a autora analisa as políticas para a juventude na França, nota-se que foco da política francesa é o desenvolvimento de um senso de *self* estruturado. No

hospital isso é visível no dispositivo do “tempo para si” e o estímulo à escrita num diário pessoal. Nisso está implícita uma dimensão temporal central ao desenvolvimento. São atividades que requerem a auto-absorção como meio de não se entediar.

No Brasil o foco das políticas infantojuvenis são as famílias. O que inicialmente pode dar a entender que põem em prática ações de cunho mais holístico e menos individualista, nos termos dumontianos (1992). Mas minha impressão é que a diferença consiste que no nosso país, a heteronomia é pressuposto ser papel da família. Seria papel da família prover afeto, segurança e disciplinar o indivíduo.

Levando em conta os princípios e orientações das práticas terapêuticas usualmente empregadas no CAPSi, a suposição é que o *self* já existe estruturado, mas está sufocado e por isso “desorganizado”. As práticas são no sentido de criar um distanciamento reflexivo para trazer à tona conteúdos emocionais. Liberando conteúdos emocionais específicos, que pesam no sofrimento do jovem. Trata-se de um “sofrimento” que faz alusão a um contexto relacional, mas presume uma capacidade formal (já estruturada) de narrá-lo.

6 TRANSVERSALIDADES DO RISCO E DO CUIDADO

No decorrer desta pesquisa, desenvolvida em diferentes instituições e com sujeitos de lugares heterogêneos, algumas questões surgiram de maneira recorrente, como pontos de articulação entre diferentes “planos etnográficos” (MALUF & ANDRADE, 2017). O risco e o cuidado foram essas categorias emergentes do campo que atravessaram o desenvolvimento da pesquisa, aparecendo na forma de indagações e justificativas para opções terapêuticas diversas, e em alguns casos antagônicas. Entretanto cuidado e risco não são categorias

fixas. São construções sociais que tencionam aspectos *normativos* relativos aos valores institucionais e à subjetividade dos jovens alvos das práticas de cuidado. Logo, e em relação ao corpo total deste trabalho, observa-se como estes conceitos iluminam modelos: um *tipo* prioritário de risco a ser evitado, assim como direcionam as ações para *tipos* específicos de jovens. Sendo assim, o risco visa sempre um sujeito particular e as práticas de cuidado visam sanar uma deficiência específica. Que nem sempre coincidem na percepção de profissionais e usuários.

A proposta desse capítulo é inicialmente, apresentar essas categorias a partir da teoria sócio-antropológica, ressaltando alguns caminhos investigativos e reflexões, que são paralelamente articuladas com questões trazidas pelo campo. A ideia central do capítulo é explorar como o risco e o cuidado funcionam enquanto o que Mitjavila (2002) chama de “mecanismos de arbitragem” institucionais. Isto é, práticas de seleção indiretas que *definem um grupo ou um tipo específico de problema* que passa a ter acesso à instituição. Tanto no Capsi como no hospital de Lyon, a definição de um tipo de *risco prioritário* pôde ser observada a partir das sondagens que os profissionais faziam nos casos novos e das perguntas que se faziam para checar se seriam aceitos ou não. Seja para evitar uma internação desnecessária, seja para selecionar numa lista de espera abarrotada. Nesse movimento, é interessante observar como as respostas aos riscos integram lógicas de cuidado específicas (MOL, 2008). Assim como carregam pressupostos normativos com relação à subjetividade.

6.1 TIPOS DE RISCO, TIPOS DE CONVENÇÕES

A pergunta sobre o risco envolve toda a temática que tem como objeto a juventude e a saúde mental. Sobre isso, é preciso levar em conta que definir as experiências sociais em termos de “risco” é uma questão sócio-cultural relativa ao contemporâneo, que de uma perspectiva generalizante coloca a questão do risco como intrínseca ao jovem e a seu período de desenvolvimento, e como íntima do dilema que os problemas de saúde mental colocam à ordem social. O olhar “de perto e de dentro” (MAGNANI, 2002) da experiência etnográfica em instituições incrementa, a seu modo, o dilema do risco. Decupando algumas cenas da pesquisa, a centralidade da noção de risco, ou do que possa ser agregado em torno dessa noção, fica evidente: o risco que uma pesquisa com jovens pode provocar sobre estes; o risco da presença de um

pesquisador na instituição; o risco que um determinado jovem representa para ele mesmo; o risco que ele impõe a terceiros; o risco de diagnosticar um jovem; o risco de medicá-lo; o risco de contaminá-lo com um convívio deletério; o risco da exposição da intimidade. Com o objetivo de qualificar essas questões, relaxa-se o foco para uma apreciação teórica, onde primeiro introduz-se o risco numa abordagem mais técnica, estatística e econômica, para depois marcar a especificidade da leitura socioantropológica.

Semanticamente, o risco é relativo à probabilidade de um dano vir a acontecer. Essa acepção orienta inicialmente uma abordagem quantitativa matemática, cuja ideia de risco é neutra (ZACHMANN, 2014) (DOUGLAS, 1990). Compara situações de perdas e ganhos, mais ou menos seguras, independentes da dinâmica perceptiva de um agente. Essa abordagem quantitativa é corrente na epidemiologia quando procura medir contingências causais específicas, como os “fatores de risco” (BURT, 2001), onde através de uma lógica causal situa “a saúde como objeto positivo de conhecimento” (AYRES, 2002: 29).

Um segundo tipo de abordagem comum na apreciação do risco é baseada em estudos sobre padrões de escolha a partir de uma lógica econômica⁹⁷. Aqui o cálculo serve para informar o “fator humano” e o risco passa a ser um verbo conjugável - arriscar (LUETGE *et al.*, 2012). “A teoria da escolha racional” pressupõe que os indivíduos são auto-interessados e perseguem racionalmente seus objetivos. Supõe-se então, que ao lançarem-se numa escolha, as pessoas optem pelos tipos de risco que estão dispostos a correr por meio de um balanço entre custos e benefícios. Além da esperança calculada a premissa é que o agente econômico tem uma “preferência estável” e sempre busque a evitação do risco. (BAERT, 1997:3). Entretanto, como o sociólogo, Peretti-Watel

⁹⁷Estou elegendo grupos de abordagens (matemática, econômica) que tiveram aplicações em diversas áreas de conhecimento. Do ponto de vista histórico, há também uma sequência entre a consolidação social da estatística quantitativa e da lógica econômica. Zachman (2012) traz essa perspectiva descrevendo os efeitos sociais do cálculo e gestão das incertezas no iluminismo e primórdios da revolução industrial. Gerou-se um sentimento de que havia “mais estabilidade previsibilidade” (ZACHMANN, 2014: 8, tradução nossa) em virtude de um investimento em dados estatísticos apropriados e das regulações políticas dos riscos. Já a lógica de administração dos riscos se desenvolveu à pleno no período pós-Segunda Guerra, onde havia a “suposição de que todos se comportariam racionalmente, uma hipótese que provou ser um solo fértil para a propagação de novos conceitos e métodos para lidar com a incerteza futura.”(ZACHMANN, 2014: 18-19, tradução nossa.)

(2010) demonstra no exemplo do apostador da loteria, há vários tipos de risco. E assim como alguns são considerados um meio para empobrecer, outros são um meio para prosperar. Além disso essa teoria não explica porque mesmo que seja conhecida e próxima de 100% a possibilidade de se perder apostando na loteria, sejam justamente as pessoas das classes populares as que mais apostem.

O modelo do *homo oeconomicus* é bastante contestado, ao prever que as decisões sejam tomadas primariamente com base na razão prática e nas preferências individuais. Outras teorias da escolha, como a teoria da decisão e a teoria dos jogos buscam sanar esses aspectos, respectivamente⁹⁸. No entanto, o problema mais pungente do ponto de vista de uma abordagem socioantropológica, é que esse tipo de análise visa padrões estáveis de percepção e comportamento intencional. Em suma, a abordagem econômica e matemática obscurecem as especificações socioculturais que permeiam preferências e medos e que afinal estabelecem qual o tipo de risco ganha maior ou menor visibilidade e ressonância (BAERT, 1997; KASPERSON *et al*, 1998; DOUGLAS & WILDAVSKY (2012).

Uma distinção interessante na consideração do risco, é entre risco e incerteza, feita por Rosa, Renn & McCright (2014). A incerteza diz respeito à condição constante de mudanças ambientais que o homem teve que se haver durante toda sua existência. Conforme o exemplo destes autores, seja o homem primitivo que foge de um tigre de dente de sabre ou um executivo do mercado de ações, sempre se efetuou escolhas num ambiente de incertezas. As incertezas fazem parte das circunstâncias ambientais da vida humana que são inevitavelmente cambiantes. Mas enquanto a incerteza é conjuntural, genérica e principalmente desconhecida o risco implica uma *dimensão valorativa*. Sendo assim, de acordo com essa abordagem, a reflexão sobre o risco não pode estar apartada de uma reflexão sobre princípios institucionais; oportunidades grupais; estilos de vida; perspectivas e experiências.

⁹⁸Essa é uma apresentação introdutória e certamente não-exaustiva sobre as teorias da escolha com enfoque econômico. Privilegiou-se mencionar a teoria da escolha racional por ser uma abordagem abrangente, mas que não coincide com propostas específicas mais recentes e que buscaram aprimorá-la. Portanto, deixam-se de lado abordagens influentes como a “teoria da decisão”, que trata do processo decisório racional no interior de organizações (ver Simon, 1965) ou a sofisticada “teoria dos jogos” que analisa situações de escolha onde dois ou mais padrões de comportamento interagem em conflito de interesses. Sobre essa última teoria, ver Tonelli (2006).

Entre o cálculo físico-matemático e o cálculo racional-subjetivo do risco há uma lacuna que é o campo das crenças e valores que permeiam a “percepção do risco” (SLOVIC, 1987)⁹⁹. Exponentes dessa abordagem qualitativa do risco, Douglas e Wildavsky (2012) indagam os diferentes condicionantes que colocam certos riscos em evidência, enquanto obscurece outros. Nesse sentido, os autores argumentam como a questão do risco não pode ser estimada sob um viés exclusivamente técnico, medindo-se a relação custo benefício: “Mesmo um olhar superficial sobre os fundamentos culturais tornará mais fácil ver por que um tipo de sociedade seleciona determinados perigos como alvos de sua atenção, ao passo que outros, produzidos por ela mesma, são ignorados” (DOUGLAS & WILDAVSKY, 2012: 167). Sem negar a realidade dos perigos que circundam a humanidade, os autores situam como diferentes convenções selecionam fatos e manipulam estatísticas a seu favor.

O interesse das atitudes culturais frente às ideias e comportamentos que ameaçam a ordem social é algo presente no trabalho de Mary Douglas, desde sua célebre obra “pureza e perigo”. Nesta, Douglas (1991/1966) situa o perigo como detentor de uma carga simbólica, relacionada a uma ordenação cosmológica¹⁰⁰. Os rituais de higiene e purificação num só tempo separam a poluição, dão unidade à experiência e revelam uma dimensão ideal da sociedade. Noutras obras mais recentes, Douglas (1990) (1996) utiliza o mesmo argumento, para situar como o risco vem a se tornar, modernamente, um sinônimo de perigo. Nesta proposta, as ideias sobre risco possuem uma faceta ideológica similar às ideias de poluição: “Eles (os chamados primitivos) relacionam o perigo politicamente em nome de sua estrutura. Nós desvinculamos os perigos da política e ideologia, e lidamos com eles à

⁹⁹O autor desenvolve esse conceito para tratar dos “(...) modos pelos quais as pessoas pensam respondem ao risco” (SLOVIC, 1987: 237). Por conta de sua aplicação interdisciplinar, tem influenciado trabalhos de matriz antropológica (DOUGLAS, 1996).

¹⁰⁰“Não é difícil perceber a utilidade das crenças relativas à poluição num diálogo em que cada um reivindica ou contesta um dado estatuto na sociedade: mas estudando de perto estas crenças, descobrimos que os contactos que se julgam perigosos também transportam uma carga simbólica. É neste nível, mais interessante, que as noções de poluição se relacionam com a vida social. Creio que algumas poluições servem de analogias para exprimir uma idéia genérica da ordem social” (DOUGLAS, 1991/1966: 8-9)

luz da ciência”. (DOUGLAS, 1992: 4, tradução nossa¹⁰¹). Essa dimensão estrutural engendrada pelo risco, entretanto, não é fixa. Cada instituição está sujeita a imperativos éticos que variam o foco da atenção, ou codificam os perigos a que estão sujeitos seus membros individuais. Nesse movimento, uma análise sobre os riscos revela uma dimensão da ordem social:

Dizer que uma lente institucional obscurece as questões de risco é verdade em parte. Também utiliza as questões de risco para esclarecer outro conjunto de problemas. É mais iluminador considerar os riscos como um foco sobre a organização social mesma. As instituições utilizam a questão do risco para controlar a incerteza sobre a conduta humana, para reforçar normas e facilitar a coordenação.
(DOUGLAS, 1996: 143)

Refletindo a partir da proposta de uma abordagem antropológica sobre a percepção do risco, pode-se pensar como diferentes instituições em que fiz trabalho de campo deram acento a riscos não só distintos, mas em alguns casos antagônicos. No CAPSi, o critério de aceitação de um jovem na instituição era mais ajustado a uma sondagem sobre se ele representava um risco para si mesmo, ou se sofria algum risco no seu ambiente familiar. No hospital francês o acento variava, mas o critério de gravidade comumente contemplava o perigo que o jovem representava a outros, como por exemplo, um irmão mais novo. Essas particularidades em relação ao que é enfatizado como arriscado ou perigoso, repetem-se também nas histórias contadas de modo a situar os perigosos a determinadas críticas. Relatos sobre jovens “surtando” por conta de comportamentos inadequados de pesquisadores ou profissionais dão acento à conduta “dos adultos”. Aludem a situações em que a flecha do prejuízo, usando uma expressão de Lurhman (2000), ia do profissional-adulto-autor, para o usuário-jovem-vítima. Já no hospital francês, a menção era de que se estava lidando com jovens situados na fronteira com a marginalidade, o que gerava outras medidas de prevenção. Lá, a autoria do comportamento estava no espectro dos jovens, que não precisavam ser estimulados ou entrosados com os

¹⁰¹“*They engage danger politically on behalf of the constitution. We have disengaged dangers from politics and ideology, and deal with them by the light of science*”(DOUGLAS, 1992: 4).

demais. Supunha-se que isso ocorreria naturalmente. A medida preventiva era no sentido de conter e ressituar comportamentos considerados inadequados. Nestes diferentes casos e causos, cada instituição ajusta sua perspectiva do risco para diferentes objetos. E nesse movimento reafirma valores e normas.

Questões de saúde mental são reconhecidamente complexas, não havendo um consenso sobre as suas causas ou objetivos de um tratamento. Quando se prioriza determinados riscos e se ignora outros, elegem-se cenários e orientações mais almejadas. Logo, a partir de uma teoria cultural da percepção dos riscos, dizer o que se teme, ou o que se prioriza como risco, também é uma forma de dizer quem se é. Isso permite tanto relativizar os problemas como a convicção que se tem de poder combatê-los.

Colocar diferentes riscos em perspectiva, não necessariamente representa um processo de exclusão perceptiva. Mas comumente - e esse é o caso neste trabalho - está relacionado a uma diferença na escala de prioridades. Sobre esse tipo de modulação, um exemplo utilizado por Douglas & Wildavsky (2012) é que em algumas sociedades teme-se mais o evento biológico da morte, e noutras teme-se mais a morte sem honra. Por isso quando neste trabalho se comparam instituições e suas narrativas sobre o risco, refere-se a diferentes nuances orientadas por um processo social peculiar.

6.2 “AMPLIFICAÇÃO” DO RISCO

Até aqui se enfatizou que a avaliação sobre o risco depende do ponto de vista colocado. Peretti-Watel (2010) compara, por exemplo, a percepção “profana” e “científica” dos riscos e como cada uma opera segundo uma racionalidade própria. Enquanto a racionalidade científica está baseada nas probabilidades de cada evento, a racionalidade profana tende a aceitar melhor o risco percebido como mais corriqueiro. Ele exemplifica citando como se deu o fracasso da vacinação contra a gripe H1N1 na França em 2009. Dentre as razões que favoreceram esse episódio estava a possibilidade remota de contrair a síndrome de Gillain-Barré: uma síndrome muito rara, potencialmente letal e pouco conhecida, mas que na percepção da população preocupa muito mais que uma gripe trivial. Mas não foi só isso. A resistência à vacinação também se deu por conta de um grande sentimento de desconfiança entre a população francesa para com agentes e programas de governo. O resultado é que o número de mortes resultado da gripe H1N1 alcançou níveis expressivos naquele ano, certamente maiores do que a quantidade

de possíveis afetados pela síndrome de Gillain-Barré, caso houvesse adesão massiva à vacinação. No ano seguinte, a maior parte da população se vacinou contra a gripe.

O exemplo sobre a vacinação nos mostra como percepção ao risco provoca reações que, por sua vez, tendem a causar outros impactos secundários. Portanto o interesse numa análise qualitativa sobre o risco compreende também abordá-lo em seu caráter processual. Esse aspecto dinâmico é proposto por Kasperson *et al* (1988), que analisa as reações ao risco num nível experiencial. A tese do autor é que os riscos não podem ser abordados independentes dos fenômenos perceptivos pelos quais são compreendidos.

Utilizando-se de uma ideia da teoria da comunicação - a “amplificação” – Kasperson *et al* (1988) observam que no processo de transmissão de informação os sinais não são tidos como entidades independentes pelo receptor. Este tende a interpretá-los levando em conta o tipo de emissor em questão e neste processo tanto símbolos podem ser perdidos como adicionados, gerando um efeito-risco específico. Propõe então o conceito de “amplificação social do risco” para investigar o processamento da percepção do risco numa população específica¹⁰².

Segundo a formulação de Kasperson *et al* (1988) a amplificação social do risco é suscetível de ocorrer em dois momentos: no processo de transferência de informação e no processo de interpretação e reação. Neste primeiro momento a quantidade de informação; seu grau de disputa entre diferentes grupos; o nível de dramatização e as possíveis associações simbólicas são fatores que podem gerar elevada amplificação. Já os fenômenos mais influentes na ocasião dos impactos secundários são: a redução heurística própria da interpretação; a natureza das relações grupais em questão (se existe conflito, por exemplo); a gravidade em relação a um sistema ou evento familiar e possibilidade de estigmatização.

Trazendo os indicadores formulados por Kasperson *et al* (1988) para este trabalho, pode-se afirmar que se trata de um assunto cujas características sugerem elevada amplificação. Isso implica que a percepção e reações sobre os riscos nessa área tem grande potencial de variar quando se comparam diferentes grupos e contextos. À exemplo, constata-se como é um assunto no qual (tanto no meio científico como leigo) produz-se grande volume de informação. Além disso, é um

¹⁰²A ideia de amplificação social do risco, ao contrário do que pode sugerir, não subentende a existência de um risco real, que foi deturpado (exagerado).

assunto disputado entre diferentes grupos profissionais e conforme sua área de formação e se estão ou não criticamente engajados na reforma psiquiátrica. Já nas instituições temos um exemplo de como isso acontece nos relatos de casos e nos “sintomas” que são colocados em evidência (o potencial de violência contra terceiros, as automutilações, o sofrimento psíquico) e o tipo das situações dramáticas que entram em cena.

As reações relativas à interpretação das informações dadas sobre o risco relacionam-se a outro tipo de racionalidade empregada, que por sua vez gera nova amplificação. Pode-se pensar por exemplo, como os jovens percebem e reagem às narrativas dos profissionais sobre o risco de “sofrimento”; de “depressão”; de exclusão social; de suicídio. Os impactos dessas narrativas, segundo Kasperson *et al* (1988), é orientado por processos psicológicos, institucionais e culturais. O que observamos é que enquanto a narrativa dos profissionais parece centrada no risco de “desequilíbrio” ou descompensação mental, a dos jovens é mais eloquente em termos de uma ameaça de desvalorização pessoal.

6.3 A CENTRALIDADE DO RISCO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

À guisa de uma análise sociológica do risco, autores como Giddens, Beck & Lash (1995) ; Collier, Lakoff & Rabinow (2004); Luhmann (1992); Douglas (1990) (1992) (1996); Douglas e Wildavsky (2012) tem se debruçado sobre a centralidade do risco enquanto fenômeno da sociedade contemporânea. A constatação recorrente e a magnitude dos riscos parece ser um traço distintivo da estrutura relativa à modernidade, o que pode dar a impressão que estamos mais expostos que em outros períodos históricos. O paradoxo dessa constatação é que os resultados do desenvolvimento industrial moderno permitiram que numa escala global fôssemos mais longevos, tivéssemos as mais baixas taxas de mortalidade infantil e vivêssemos numa considerável segurança alimentar, comparando-se a períodos históricos anteriores¹⁰³. Por isso o

¹⁰³ A obra de Douglas e Wildavsky (2012) debruça-se sobre o risco tecnológico como um fantasma da sociedade americana contemporânea. Nesta, as pessoas tendem a se considerar mais vulneráveis do que seguras com relação os riscos colocados pela tecnologia. A contradição observada pelos autores é que em nenhum período histórico viveu-se tanto e com tanta segurança, justamente por conta do desenvolvimento tecnológico. Entretanto nas discussões sobre o

parecer desses autores é que os riscos não se tornaram maiores na atualidade, algo que seria também muito difícil de mensurar. O que mudou foi, de um lado, as especificidades e os fundamentos que eles transgridem, e, de outro, que o risco se tornou um construto central para pensar a modernidade (DOUGLAS, 1992).

Beck (in GIDDENS *et al.*, 1995) é um autor expoente no que tange à elaboração de uma teoria social do risco como marcador da modernidade tardia. Para este autor, nos encontramos num momento em que a modernidade se auto-confronta com os efeitos indesejados de um sistema industrial bem estabelecido. Nesta fase de “modernização da modernização” (BECK in GIDDENS *et al.*, 1995:21) os riscos são produzidos pelo próprio processo de que uma vez tentou lhes controlar. As ferramentas de enfrentamento disponíveis são ambíguas na medida em que “[a] lógica (moderna) instrumentalmente racional do controle e da ordem é conduzida em virtude do seu próprio dinamismo, *ad absurdum*.” (BECK in GIDDENS *et al.*, 1995:21). Lançando-se mão das suas premissas, conduz-se a resultados obsoletos, gerando mais ambivalência e incerteza.

Para Beck (in GIDDENS *et al.*, 1995) a “sociedade de risco” abre caminhos para uma nova modernidade, em que se a sociedade enfrenta as ameaças geradas a partir de seu próprio desenvolvimento econômico e tecnológico. Junto a ele, Giddens e Lash cunham o termo “modernidade reflexiva” para descrever esse cenário reflexivo (mas não necessariamente crítico, como poderia denotar do conceito) em que os riscos passam a ser internos e não externos às atividades humanas. Aqui é particularmente destacada a crise ecológica e os constrangimentos oriundos do desenvolvimento técnico, que além da promoção de conforto e segurança, causam efeitos deletérios inatacáveis: riscos de grande vastidão e ubíquos: como os possíveis efeitos de um desastre nuclear; do superaquecimento terrestre, da poluição do ar, da manipulação do genoma humano e das armas biológicas. Além destes, existem ainda os riscos abruptos relacionados à porosidade das fronteiras na ordem econômica e política globalizada, como as ameaças de ataques terroristas (BECK in GIDDENS *et al.*, 1995); (RABINOW *et al.*, 2004); (COOPER, 2006).

As posições de Giddens e Beck são semelhantes quanto à constatação de um clima cultural de crescimento das incertezas. A ênfase de Giddens, porém é o que ele chama de “incerteza fabricada” no

emprego de novas tecnologias é o receio da poluição ambiental e desastres naturais que ganham destaque.

seio da “reflexividade institucional”. O argumento é que as instituições não propõem mais uma direção clara de desenvolvimento, como outrora (GIDDENS in GIDDENS *et al.*, 1995: 219):

Não é que atualmente as nossas circunstâncias de vida tenham se tornado menos previsíveis do que costumavam ser; o que mudou foram as origens da imprevisibilidade. Muitas incertezas com que nos defrontamos hoje foram criadas pelo próprio desenvolvimento do conhecimento humano. (GIDDENS in GIDDENS *et al.* 1995: 220)

Conforme aumenta a sensação de incerteza, mobiliza-se uma miríade de especialistas para emitirem suas “profecias”, que ao final resultam pouco proféticas¹⁰⁴; como por exemplo, a especulação do risco do uso excessivo de telefones celulares pelos adolescentes e sobre o tempo adequado para navegarem na *internet*. Mas no seio de uma sociedade pluralista, os especialistas também se contradizem e o conhecimento cada vez mais parcial e situado causa tensões e confunde a fronteira entre meio científico e leigo (GIDDENS *et al.* 1995). Estes últimos interagem num regime de interferência mútua, o que torna a autoridade do conhecimento imprecisa. Aqui se pode retomar o exemplo de como as informações técnico-científicas estão disponíveis e são reapropriadas pelo leigo, como no caso do jovem que encontra seu diagnóstico na *internet* e só dá crédito às recomendações do especialista que ele julga estar lhe prescrevendo a medicação adequada¹⁰⁵.

Um dos efeitos mais marcantes da “modernidade reflexiva” é o que ela impõe na esfera da subjetividade. Beck (in GIDDENS *et al.* 1995) propõe que contemporaneamente opera um processo global de individualização um pouco diferente daquele proposto por Simmel, Durkheim e Weber, que prevê uma emancipação gradual da pessoa dos sistemas institucionais bem ordenados (família, religião). Nesse sentido, a gama de ameaças contraditórias que estes sistemas circunscreviam numa ordem é que são emancipadas. Passa a ser tarefa do indivíduo haver-se num contexto de ambivalência fundamental.

¹⁰⁴ A mobilização de profecias em situação de incerteza foi um padrão de proclamação identificado por Rabinow *et al* (2004) no contexto da biossegurança.

¹⁰⁵ Conforme narrativa de Romeu situada no cap. 4.

As oportunidades, ameaças, ambivalências da biografia, que anteriormente era possível superar em um grupo familiar, na comunidade da aldeia, ou se recorrendo a uma classe ou grupo social, devem ser cada vez mais percebidas, interpretadas e resolvidas pelos próprios indivíduos.
(BECK in GIDDENS *et al.* 1995:18)

Num modelo que tem a “individualização como forma social” (BECK in GIDDENS *et al.* 1995: 25) as instituições não se desvaneceram, mas tornaram-se mais abertas. O que muda é que a responsabilidade pela tomada das decisões está no pólo dos indivíduos, ou como escreve Giddens: “Nos contextos pós-tradicionais, não temos outra escolha senão decidir como ser e como agir” (GIDDENS, in GIDDENS *et al.*, 1995: 94). Essa mudança de paradigma torna o futuro mais subordinado às decisões que partem do indivíduo - em contraponto à reprodução dos padrões institucionais pré-estabelecidos.

Conforme situam Rosa *et al.* (2014), o protagonismo dos indivíduos na governança dos riscos é estruturado pela visão de mundo moderna: “O pensamento pré-moderno era dominado pela crença de que a vida era cíclica; o pensamento moderno, em contraste, é dominado pela crença de direcionalidade” (ROSA *et al.*, 2014: 2). Tanto causa como efeito da modernidade, o projeto de vida moderno é pensado com a mesma lógica em que pensamos o processo histórico: Em aberto, acessível às escolhas individuais e não como uma repetição dos costumes. Esse desafio inerente fez com que as ideias sobre o risco tenham se consolidado.

A ênfase no processo de escolha também é significativa na conceitualização de risco feita por Luhmann (1992). Para tanto, o autor procura traçar uma distinção entre risco e perigo, visando uma melhor delimitação destes conceitos nas ciências sociais. Propõe então que tanto o perigo como o risco estão relacionados ao advento de um dano, mas que na situação de risco, ao contrário da de perigo, existe uma consciência do dano e uma possibilidade de tomada de decisão prévia. Além disso, quando se destaca o perigo, se obvia o risco, e vice-versa: “Marcar os riscos permite esquecer os perigos; pelo contrário, marcar os perigos permite esquecer os ganhos que se poderia obter com uma decisão arriscada”¹⁰⁶ (LUHMANN, 1992: 39). Dessa forma não é que o

¹⁰⁶O argumento de Douglas (1991) de que risco e perigo significam a mesma coisa, aparentemente vai em direção contrária. Entretanto o ponto da autora não

risco tenha aumentado na modernidade, mas a *valorização da possibilidade de decisão sobre o futuro* é que realçam o conceito. Assim, nas sociedades pré-modernas, nas quais o que estava melhor marcado era o perigo, o dano era então mais propenso de ser atribuído a fatores externos ao indivíduo. Na modernidade torna-se central a capacidade do indivíduo de eleger entre alternativas a fim de melhor aproveitar as oportunidades e evitar os arrependimentos (LUHMANN, 1992).

Conforme os perigos são transformados em riscos e cresce o potencial das decisões, maior é a necessidade de responsabilização quando ocorre um dano. Para tanto, Luhmann (1992) reconhece que sua definição torna difícil a atribuição de alguns tipos de riscos, como no caso do risco ecológico. Por mais que se suponha, por exemplo, que o gás carbônico dos carros seja o principal fator responsável pela destruição da camada de ozônio, é implausível pensar que ao decidir sair de carro estamos assumindo o risco de criar o efeito estufa. É uma hipótese que deveria contemplar as decisões de um somatório de indivíduos, observar oportunidades de escolha e portanto, revela limitações do conceito (LURHMANN, 1992). Apesar dessa ressalva, concorda-se sobre a tendência de que a responsabilização fique a cargo dos indivíduos, conforme uma gama maior de esferas da vida saiam do plano do dado e passem ao escrutínio das escolhas (LURHMANN, 1992: 51).

Ao tratar-se dos riscos impostos pela modernidade, os autores revistos enfatizaram, sobretudo, as ameaças de nova geração, do desenvolvimento tecnológico e industrial. E se estes riscos nos uniram numa comunidade global (que os compartilha) (GIDDENS, 1995), devem à visão de mundo moderna a valorização e ampliação no seu escopo. O crescimento da incerteza na modernidade se relaciona tanto à insuficiência das bases de conhecimento e orientações tradicionais, como a uma reordenação de práticas e costumes que incide numa maior abertura no campo das escolhas individuais.

Ao abordar as transformações históricas ocorridas na modernidade chamou-se a atenção para a centralidade do processo de escolhas e sua responsabilização, o que remete ao fortalecimento do processo de individualização. Debert (2010) por sua vez ressalta como

é uma delimitação heurística mas propor que na modernidade o risco tem se tornado um “idioma político do perigo”, um “recurso forense” (DOUGLAS, 1991:3). É nesse sentido que o risco tem se afastado de uma noção técnica de probabilidade (de sorte ou azar) para ter uma conotação puramente negativa.

os valores modernos da igualdade e da liberdade relacionam-se com estágios específicos da vida, que passam a ser institucionalizados com base numa referência cronológica. Dentre estes estágios a juventude é concebida como um momento em que ocorre grande parte das escolhas que serão vinculadas à identidade e às condições de vida adulta. Isso impõe uma disposição subjetiva que faz determinante a capacidade do indivíduo lidar com as incertezas e assumir a responsabilidade pela construção da própria biografia. Por outro lado essa injunção também tende a favorecer os comportamentos de exposição ao risco. Esse dilema é o que norteia a discussão a seguir.

6.4 “ADOLESCÊNCIA” E COMPORTAMENTOS DE RISCO

6.4.1 Adolescência e vulnerabilidade

Eu ficava pensando: Como é que esses adolescentes, no auge da vida, estavam querendo se matar?

(Rosa, psiquiatra do CAPSi)

Durante o campo notou-se que o maior problema dos profissionais de Saúde Mental que atendiam os jovens foi o de ponderar sobre o risco de determinados comportamentos considerados sintomas de mal-estar. A pergunta emergia com o seguinte viés: até que ponto uma conduta bizarra ou em conflito com os valores do meio social desse sujeito seria uma manifestação “adolescente” típica, ou um indício de transtorno mental severo. Essa dificuldade agravava-se pela recomendação clínica de diagnóstico e tratamento precoce de comportamentos considerados disfuncionais, como método de prevenção de desordens mentais futuras ou mesmo de crime, abuso de substâncias e suicídio (FEITOSA, 2011; OMS, 2006).

Antes de entrar no assunto do risco na “adolescência”, cabe lembrar que esse período de vida - tanto no senso comum como no texto das políticas de saúde mental - é um conceito que ganha seus contornos atuais na modernidade, a partir do processo de industrialização. A fim de observar algumas noções e atributos que lhe aparecem relacionados faz-se um apanhado histórico mostrando o processo de recente valorização desta noção, problematizando seu enraizamento biológico e racionalidades que qualificam essa fase da vida como crítica, turbulenta e vulnerabilizante.

Historicamente, a adolescência é um conceito que é citado pela primeira vez na idade média, apresentando uma configuração diversa da atual. Conforme descrita nos tratados bizantinos como uma das “idades da vida”, ou “idades do homem” (ARIÈS, 1981: 30), essa classificação era restrita ao universo erudito¹⁰⁷. Divide as fases humanas entre: infância, puerilidade, adolescência, juventude, velhice e senilidade; noções que utilizavam a idade como critério menor e variável conforme o autor, já que antes enfatizava uma condição social - uma capacidade ou índole específica (ARIÈS, 1981). Assim, por exemplo, o termo *enfant* (criança) sugeria uma inabilidade de falar adequadamente por conta da ausência de dentes; a adolescência (compreendida numa faixa etária que ia dos 14 até os 28 ou 35) sugeria uma inclinação para procriar¹⁰⁸. Já a etapa a seguir, a juventude, tinha por característica a plenitude das forças e a velhice, a atitude grave (ARIÈS, 1981: 35). Curiosamente, essa influência medieval pode ser percebida na iconografia do fim do século XVI, observada na peça Shakespeareana “*As You Like It*”, na qual descrevem-se as sete idades do homem:

A princípio, o bebê,
 Choramingando e vomitando nos braços da
 enfermeira.
 E então o garoto lamurioso com sua mochila
 E o rosto brilhante da manhã, rastejando como um
 caracol
 Resistindo à escola. E então o amante,
 Suspirando como uma fornalha, com uma balada
 de lamento
 Feita à sobrelanceira da amante. Então um soldado,
 Cheio de juramentos estranhos e barbudo como
 um leopardo,
 Cioso na honra, súbito e rápido em brigar,
 Buscando o fugaz louvor
 Mesmo que fosse na boca do canhão. E então a
 justiça,
 Na justa e redonda barriga recheada de carne de
 boa qualidade,
 Com olhos severos e barba de corte formal,

¹⁰⁷ Segundo Ariès (1981), a referência à cronologia pessoal não integrava os hábitos de civilidade na idade média.

¹⁰⁸ Segundo a compilação “*Le Grand Propriétaire de toutes choses*”, uma enciclopédia de textos sacros e profanos do século XVI (ARIÈS, 1981:33).

Cheio de sábios provérbios e circunstâncias modernas;
 E assim ele desempenha seu papel. A sexta idade muda
 Para o repouso e a calça de dormir,
 Com óculos no nariz e ponchete no lado,
 Suas nobres calças de lã, bem guardadas, um mundo muito vasto
 Para suas canelas finas; E sua voz viril,
 Voltando para agudos infantis, silvam
 E assobiam em seu som. Última cena de todas,
 Que põe fim a esta história estranha e agitada,
 É a segunda infantilidade e o vulgar esquecimento,
 Sem dentes, sem olhos, sem gosto, sem tudo.
 (SHAKESPEARE, 1623: s/p, tradução própria)¹⁰⁹

A divisão das fases da vida entre: o infante, o escolar, o amante, o soldado, o homem maduro, o homem combalido e o homem decadente remetem a uma condição social peculiar, da segunda metade do século

¹⁰⁹*At first the infant,
 Mewling and puking in the nurse's arms.
 And then the whining school-boy, with his satchel
 And shining morning face, creeping like snail
 Unwillingly to school. And then the lover,
 Sighing like furnace, with a woeful ballad
 Made to his mistress' eyebrow. Then a soldier,
 Full of strange oaths and bearded like the pard,
 Jealous in honour, sudden and quick in quarrel,
 Seeking the bubble reputation
 Even in the cannon's mouth. And then the justice,
 In fair round belly with good capon lined,
 With eyes severe and beard of formal cut,
 Full of wise saws and modern instances;
 And so he plays his part. The sixth age shifts
 Into the lean and slipper'd pantaloon,
 With spectacles on nose and pouch on side,
 His youthful hose, well saved, a world too wide
 For his shrunk shank; and his big manly voice,
 Turning again toward childish treble, pipes
 And whistles in his sound. Last scene of all,
 That ends this strange eventful history,
 Is second childishness and mere oblivion,
 Sans teeth, sans eyes, sans taste, sans everything*

XVI. Nela o “homem maduro”, que pensamos corresponder à classificação bizantina de “velhice”, carrega atributos mais positivos e, portanto, denota ser a fase de maior valor simbólico. Entretanto, a valorização de um grupo etário e sua importância ainda variaria consideravelmente ao longo da história. Segundo Ariès (1981 [1960]), cada época teria uma “idade privilegiada” (ARIÈS, 1981 [1960]: 48): no século XII, a juventude, no século XIX, a infância e no subsequente, a adolescência (ARIÈS, 1981 [1960]).

A recente valorização da adolescência está intimamente ligada à mudança estrutural da sociedade operada pelo processo de industrialização, no fim do século XIX. Em relação aos jovens, gradualmente cresce a necessidade de um período de capacitação técnica e estes começam a permanecer mais tempo no sistema educativo. Esse retardo gradual à entrada no mundo do trabalho, de modo geral, resulta num alargamento na transição da infância para a idade adulta fazendo com que a adolescência venha a se constituir como um grupo etário com características próprias (ÁVILA, 2005). Já em relação aos costumes, esse também foi um período que incrementou a diferenciação entre mundo trabalho e outras esferas da vida, como o lazer, exigindo que o controle das emoções estivesse restrito a momentos e condições específicas (ELIAS, 1985)¹¹⁰. Essa diferenciação e seu controle implícito fizeram com que momentos de excitação passassem a ser localizados e ativamente procurados por conta de sua função compensadora. Esse movimento resulta numa paradoxal valorização da espontaneidade - o que Elias (1985) chamou de sentido figurativo da excitação, e cujo adolescente encarna constituindo espécie de herói do período (ARIÈS, 1981 [1960]). Com o aumento da importância desta fase da vida, a adolescência também se expande simbolicamente para as outras fases circunvizinhas: seus trajes, esportes, por exemplo, substituem tanto as roupas típicas da infância do século IX e início do XX, como também servem aos adultos (ARIÈS, 1981 [1960]:69).

Na modernidade, a adolescência passa por um intenso investimento no campo teórico da psicopedagogia. Autores como Jean J. Rousseau, Sigmund Freud, Erik Erikson, Jean Piaget, Stanley Hall,

¹¹⁰ Na obra “O Processo Civilizador”, Elias mostra como o condicionamento no controle da expressão das emoções é um processo que ocorre (ao menos) desde a Idade Média, constituindo diferentes fronteiras de sensibilidade pública. Na idade Média, por exemplo, o comportamento da criança e do adulto não se diferenciava substancialmente, uma vez que era habitual que as emoções fossem manifestadas mais direta e violentamente. (ELIAS, 1939:76)

dissertam sobre essa fase da vida enfatizando o fato fisiológico do desenvolvimento da sexualidade e a conseqüente emergência de um estado emocional turbulento e potencialmente perigoso (HALL *apud* MUSS, 1978: p.23) (ROUSSEAU, 1973 [1762]). Sobre isso, o que interessa igualmente notar é que essa fase da vida que passa a ser descrita através de uma ancoragem biológica. Isso significa que gradualmente (no sentido do universo científico para o senso comum) o período da adolescência passa a ser encarado como uma fase linear e universal de desenvolvimento, bem definida e relativamente independente de fatores ambientais¹¹¹. Outra característica é a concepção da adolescência como uma fase crítica no desenvolvimento, que mereceria uma atenção especial dos educadores, da família e da sociedade, por conta da maior propensão a doenças comportamentais (ROUSSEAU, 1973[1762]), (FREUD e Hall *apud* MUSS 1978: 23).

A susceptibilidade dos adolescentes, que se vem observando emergir no campo da saúde e educação é descrita no campo da saúde e dos discursos institucionais em termos de risco, mas também frequentemente articulada ao conceito de *vulnerabilidade*. Entretanto a vulnerabilidade enquanto instrumento de análise nas ciências da saúde e humanas surge justamente como uma alternativa à ideia de risco epidemiológico, assim como guarda algumas aproximações com esse último conceito, em sua acepção sociocultural. Faz-se então um parêntese para esclarecer melhor essa relação.

O conceito de vulnerabilidade surge no âmbito dos estudos sobre o HIV na saúde pública, nos trabalhos de Mann & Tarantola (1996) a partir de uma crítica ao conceito de risco. Para estes autores, o conceito de risco era limitado pela lógica causal epidemiológica de “fator de risco”, que fazia com que a associação a variáveis abstratas como “grupos de risco” e “comportamentos de risco” incrementasse o preconceito em relação a alguns grupos sociais e reduzisse a complexidade do problema (MANN & TARANTOLA, 1996; AYRES, 2002) O conceito de vulnerabilidade surge com a necessidade de tornar a discussão em torno da epidemia de AIDS mais ampla integrando os aspectos políticos e sociais ao comportamento individual. A maneira como as noções de risco e de vulnerabilidade são aplicados no contexto

¹¹¹ Aproximadamente na metade do século XX essa posição é sucessivamente revista por psicanalistas como Erik Erikson, Erich Fromm, Harry Sullivan e Karen Horney. Estes, influenciados por estudos socioculturais, observaram que mesmo o que é entendido por “instinto” pode ser modificado por fatores ambientais (MUSS, 1978: 29-30).

da AIDS é paralela à evolução histórica da discussão acadêmica e política em torno da epidemia (LEAL, 2008).

Extrapolando o movimento dos estudos sobre o AIDS, a vulnerabilidade tem sido uma ferramenta útil em diversas áreas de conhecimento que atentam para as fragilidades estruturais que pesam sobre grupos e indivíduos. Trata-se de um conceito frequentemente empregado para *evitar a conotação culpabilizante*, oriunda da concepção epidemiológica do risco. Nesse sentido e numa perspectiva interdisciplinar entre cultura e meio ambiente, Bankoff (2003) situa a vulnerabilidade como resultante das relações de poder que tendem a reservar para alguns grupos sociais uma maior exposição ao risco.

O que observamos nos discursos psicopedagógicos é que os “adolescentes” são considerados como vulneráveis devido à situação de *transição* (sexual, cognitivo e moral) análogo a um “renascimento” identitário (ROUSSEAU, 1973:23) (FREUD e Hall apud MUSS, 1978) (PIAGET apud ELKIND, 1975) (ERIKSON, 1976). Trata-se de um momento ambíguo entre a infância e a idade adulta, de indefinição e, portanto, de destituição e liminaridade (TURNER, 1969). Assim sendo as características da adolescência supõem tanto uma noção de continuidade (tal qual a etimologia de “adolescer” é crescer) mas igualmente de ruptura¹¹². Sobre o assunto, é influente a teoria psicossocial de Erikson (1976), que estabelece que a necessidade de mudança da condição de dependência infantil costuma esbarrar em condições que limitam o desejo de independência e autonomia.¹¹³ Uma situação de impasse, que seria análoga a uma “crise identitária” (ERIKSON, 1976: 259).

¹¹² Após um período que Freud chamou de latência (adormecimento), as transformações físicas que se iniciam na puberdade, entre os 10 e 15 anos, culminariam num “renascimento” sexual, mas que é também cognitivo e moral: ele desenvolve capacidades cognitivas “formais” (PIAGET apud ELKIND, 1975), tornando-se capaz de refletir e questionar quadros de referência, valores e concepções dadas pela família e pela sociedade. Essa possibilidade cognitiva de examinar novas hipóteses e perspectivas até então alienígenas a sua realidade de vida concreta, possibilitam igualmente que ele conceitue seu próprio pensamento; tomando suas construções mentais como um objeto de reflexão (ELKIND, 1975: 98). Essa capacidade reflexiva não só permite, mas segundo alguns – e isso parece decisivo - *impõe* a uma necessidade de reorganização da identidade.

¹¹³ Ao encontro dessa tese está a etnografia de Paulilo e Jeolás (2000), cujos adolescentes pesquisados reclamam de disporem de poucos recursos para efetuarem escolhas para a própria vida.

Para Erikson (1976) a mente do adolescente “É uma mente ideológica e, de fato, é a visão ideológica de uma sociedade que a afeta mais claramente” (ERIKSON, 1976: 242). Conforme Abramo (1994), a visão ideológica a que Erikson se refere parte de um contexto histórico e cultural específico: o da sociedade americana da década de cinquenta. Esse período pós-guerra proporcionou um crescimento das classes burguesas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, com novo ciclo de crescimento industrial e aumento no período de escolarização para uma camada maior da população. Este momento marca a “(...) emergência de uma cultura juvenil ampla e internacional, ligada ao tempo livre e ao lazer (...)” (ABRAMO, 1994: 28). Outra característica dessa sociedade, assinalada por Erikson (1976) é a influência de um estilo de vida promovido pelas elites técnicas, políticas e econômicas orientadas para a autonomia e iniciativa (ERIKSON, 1976). Assim, o que se espera do jovem é que ele revitalize as instituições, ao mesmo tempo em que é limitado seu reconhecimento pelo corpo social mais amplo. Essa dupla injunção é resolvida com um conceito influente - a “moratória social”: “(...) um tempo permitido para experiências, inovações, contatos (...)” (GROPPO, 2015: 12) que seriam enriquecidos com o fortalecimento da relação com seus pares e em oposição às outras gerações.

Diante da diversidade encontrada na realidade de diferentes categorias sociais seria pertinente questionar se a noção de moratória que ampara o conceito de “adolescência” se aplica de forma universal. O jovem que habita o meio rural e trabalha desde a infância; jovens afetados por dinâmicas sociais particulares, como êxodos e conflitos armados (ZAPATA, 2013) (PÉREZ, 2013), exemplificam essa evolução diferencial no curso de vida, que poderia representar um afastamento do estereótipo adolescente das teorias psicoeducacionais. Outra questão que nos ocorre, é que para alguns jovens a adolescência não é só um período de relativizar sua realidade concreta, mas ao fazer isso, dar-se conta dela - o que significa em alguns casos tomar consciência de uma realidade que é de exclusão. Esse exemplo pode ser o de jovens marcados por questões de raça, sexo, classe social e etnia; casos em que não é incomum que entrem facilmente em estado de desespero e percam a vontade de viver, como no trágico e contemporâneo exemplo dos suicídios entre os jovens Guarani-Kaiowá¹¹⁴.

¹¹⁴Trata-se de uma simplificação, sem dúvida! Pois conforme apresenta Pimentel (2007), o fenômeno do suicídio entre os jovens (principalmente) Guarani-Kaiowá é complexo e não possui uma explicação única. Parece um

Estudos antropológicos sobre a juventude procuraram relativizar a noção da “adolescência difícil”. É clássica, por exemplo, a percepção de Mead (1928) sobre os jovens Samoanos que viviam o período da adolescência de forma tranquila: “[...] a adolescência não representava um período de crise e estresse, mas era, ao contrário, uma época de desenvolvimento ordenado de um conjunto de interesses e atividades cada vez mais maduros.” (MEAD, 1979: 87). Do estudo de Mead depreende-se que apesar de distintas sociedades estabelecerem grupos geracionais, eles nem sempre formam grupos etários homogêneos ou orientados pelos mesmos critérios. Além disso, nas sociedades tradicionais, a passagem de um grupo geracional para outro normalmente está condicionada e é facilitada pela força organizadora dos rituais, no que funcionam como um ponto de encontro e filiação de seus membros ao sistema social que se encontram. Os rituais também desconstruem a noção presente nos conceitos analíticos de “curso de vida” (DEBERT, 1998, 2010) e “ciclo de vida”(MALUF, 2015)¹¹⁵ que definem etapas cronobiológicas colocadas numa linha linear de evolução de experiências suspensas.

A seguir observam-se algumas teses que contradizem a inexistência de rituais entre a juventude contemporânea. Na configuração específica do que Augé (1994) chamou supermodernidade alguns comportamentos tidos como indicativos de “sofrimento mental” seriam justamente formas ritualizadas de expressão. Como eles se constituem e que desafios impõem à reflexão, é o que se tratará a seguir.

6.4.2. Rituais cortantes

Nas sociedades modernas complexas, contrastando com as sociedades de pequena escala, a fragmentação das relações sociais e a segregação de papéis contribuem para a constituição de dimensões

fenômeno relacionado a fatores culturais (relativo ao ethos Guarani); cosmológicos; históricos e relativo à degradação nas condições de reprodução social.

¹¹⁵Maluf (2015) problematiza a noção de “ciclo de vida” presente nas políticas públicas de saúde para mulheres, por levar em conta apenas dimensões etárias ou biológicas e não dimensões sociais da experiência dos sujeitos. Neste contexto e num diálogo com o conceito de biogitimidade de Didier Fassin, Maluf sugere a noção de “curso de vida”, porém com um sentido epistemológico diferente do conceito de Debert (1998; 2010). Para Maluf (2015) o curso de vida é um conceito que contemplaria a dimensão “biográfica” dos sujeitos.

existenciais singulares (VELHO 2013 [1979]). Especificamente ao que tange os períodos de transição geracional, estes tendem a ser mais imprecisos, pois diretamente afetados pela “acentuada divisão do trabalho, a segregação da família das outras esferas institucionais e o aprofundamento das orientações universalistas” (ABRAMO, 1994: 3). Esse processo também tem sido cada vez mais extenso, pois o prolongamento da longevidade e a situação competitiva do mercado de trabalho incidem no aumento do período de formação, acentuando o período de moratória social e ingresso no mundo adulto. O jovem, mesmo quando bem formado não tem garantias de sua inserção produtiva e é comum o “medo de sobrar” ou de não ganhar o suficiente (NOVAES, s/d: 4). Além disso, as imagens idealizadas pela grande mídia do adulto “rico e famoso”, notadamente também afeta o imaginário e expectativas do jovem do CAPSi ampliando as distâncias entre desejo e realidade, assim como o horizonte das decepções, quando o jovem pertence a um setor economicamente menos favorecido ou excluído da sociedade.

Uma sociedade que não possui ritos de passagem institucionalizados ou significativos, não significa que tenha anulado seu potencial organizador. Le Breton (2009; 2012) observa nas condutas auto-mutilatórias e de tentativas de suicídio, que encontram entre os jovens do CAPSi grande importância estatística, uma resposta ritual à supressão do sentido. Nas sociedades contemporâneas, a pluralidade e a transitoriedade de referências revelam uma fragmentação no laço social fazendo com que os rituais sejam solitários, mas não necessariamente individualizados. Eles ocorrem em atos impulsivos, em que “(...) a resposta recebida é muitas vezes provisória, insuficiente para assegurar o sentimento de valor pessoal” (LE BRETON, 2009:84).

Se estas condutas radicais revelam o patológico é no sentido do *pathos*, do sofrimento, e do fato de que as maneiras de se opor a ele são (antropo)lógicas. Elas constituem no mesmo movimento uma *resistência* contra uma violência mais surda que se situa em posição crescente numa configuração relacional e social. (LE BRETON, 2012a: 128, tradução nossa¹¹⁶).

¹¹⁶ *Si ces conduites radicales relèvent du patho-logique c'est au sens du pathos, de la souffrance, et du fait que les manières de s'y opposer sont (anthropo)logiques. Elles constituent dans le même mouvement une résistance*

Le Breton (2012b) estudou grupos de jovens que se expunham repetidamente em comportamentos de risco e identifica nas tentativas de suicídio e nos atos mutilatórios a presença de duas configurações rituais: o ordálio e o sacrifício. O ordálio, pois as condutas em questão são formas de colocar à prova a existência de maneira radical, abandonando-se às consequências, como um teste da própria legitimidade. O objetivo é aplacar o sentimento de insignificância e saciar a necessidade de transformação pessoal, renascendo e se revalorizando. De forma análoga, o auto-submetimento voluntário - frequentemente cortando na própria carne, encontra no sofrimento da falta de significado existencial uma oferenda para salvar o primordial, o auto-reconhecimento (LE BRETON, 2012b).

O argumento de Le Breton é de que as condutas de risco dos jovens são formas organizadas de ritos de passagem, numa sociedade em que a errância e a falta de perspectivas são a norma. Essa contextualização converge com a problemática encontrada por Paulilo & Jeolás (2000) sobre jovens com histórico de uso abusivo de drogas. Em meio à complexidade do fenômeno, as autoras destacam o esvanecimento do vínculo com a geração precedente e um estado de “permanência do provisório”, fatores que incrementam o sentimento de ameaça difusa, o medo e a ansiedade (PAULILO & JEOLÁS, 2000:49). A perda de um universo de reconhecimento comum é característica da “supermodernidade” no que esta promove a multiplicação de “não-lugares”: “(...) espaços e vivências a-relacionais, a-históricas e a-identitárias, que favorecem a ‘tensão solitária’” (AUGÉ, 1994: 87) e comportamentos de auto-abandono¹¹⁷ como via de abrandamento das angústias.

A destituição de referência e sentido que Le Breton (2012b) e Augé (1994) identificam no contemporâneo remetem a uma ontologia errante e solitária, que pode ser justaposta à reflexão de Gros (2013), acerca das formas de subjetivação¹¹⁸ impostas pelo capitalismo vigente.

contre une violence plus sourde qui se situe en amont dans une configuration relationnelle ou sociale.

¹¹⁷Sobre comportamentos de “auto-abandono” como eventos ritualizados no contexto de uso de drogas, ver ainda Vargas (2006)

¹¹⁸ “modos de subjetivação” é um conceito desenvolvido por Foucault a partir da ideia de um descentramento do sujeito. Isto é, parte do princípio que o sujeito não é uma entidade essencializada, mas algo que só se constitui se assujeitando a uma verdade/ poder. Desse modo as “formas de subjetivação” referem-se aos modos como o sujeito se coloca como objeto da ação por meio de diferentes

Para tanto, é central o que o autor retoma sobre o conceito foucaultiano de biopolítica¹¹⁹ para considerar uma aplicação da mesma ao capitalismo financeiro¹²⁰. Segundo esse autor, trata-se de uma forma de capitalismo, que opera há algumas décadas e explora a característica “permeável” do ser: “Cada um deve se constituir como uma pura rede, um ponto de passagem de fluxo antes que como uma identidade estável (...) puro ponto de trocas de fluxos de imagens, de informações, de mercadorias, etc.” (GROS, 2013: 40-41, tradução nossa¹²¹). A partir dessa reflexão pode-se pensar em que medida os comportamentos automutilatórios não seriam formas de resistências à experiência de errância e insignificância. Cortes concretos em favor de uma estabilização sensível. É algo que se explora a seguir.

Neste estudo vimos como a automutilação era descrita pelos jovens como uma via para abrandar o sentimento de tristeza, decepção e raiva, em relação a uma violência percebida como oriunda da família. Eram jovens que “não queriam mais ser fantoches”; que não queriam ser esquecidos, que não queriam ser preteridos. Estas percepções convergem com uma leitura das condutas automutilatórias como estratégias de apaziguamento e de revalorização (LE BRETON, 2012a). Esta conclusão também é ressonante com os achados de Paulilo&Jeolás (2000), que observam, nos comportamentos de abuso de drogas e de risco entre os jovens moradores de periferias urbanas, formas de ganharem respeito e aceitação em suas localidades - lugares em que

“práticas de si” (ou seja práticas para consigo, visando um auto-governo). (FOUCAULT, 1985).

¹¹⁹“uma estratégia para transformar certas tendências vitais ou traços biológicos fundamentais dos indivíduos ou da espécie humana, a fim de lhes fazer servir ao fortalecimento das forças econômico-políticas.” (GROS, 2013: 41, tradução nossa).

¹²⁰Gros (2013) retoma a reflexão de Foucault sobre a dimensão biopolítica do poder disciplinar e sua relação com o capitalismo em suas formas históricas: mercantilista, industrial, administrativo, aos quais Gros acrescenta um quarto tipo; o financeiro: « *La quatrième n'est pas mentionnée, mais comme elle s'est révélée dans toute son extension surtout dans les deux dernières décennies, il est normal que Foucault ne l'ait pas précisément étudiée (...) Enfin, on peut parler d'un capitalisme financier ou encore actionnarial, afin de souligner cette fois la révolution opérée depuis quelques décennies par une production de richesses dépendant des variations boursières.* » (GROS, 2013 : 36-7)

¹²¹*Chacun doit se constituer comme un pur réseau, un point de passage de flux plutôt que comme une identité stable (...) un pur point d'échange de flux d'images, d'informations, de marchandises, etc.*

multiplicam-se organizações ligadas ao narcotráfico. Nesse sentido pode-se pensar que embora os comportamentos de automutilação ocorressem em momentos de isolamento, isso não quer dizer que fossem associados a uma lógica individual: a automutilação é algo que se aprende com outros jovens, na internet, na escola e tanto é um modo de apaziguamento emocional como faz parte de um universo de experimentação, diferenciação, status e estilo¹²². Trata-se *também* de “um modo de estar no mundo” (GROISMAN & SCHNEIDER, 2014:41) e um estilo de subversão pacífica¹²³ e de autoconstruir-se como alguém “sensível”; que se corta porque precisa, e “não só porque acha bonito” (como outros supostamente fazem).

Um ponto mais abstrato e possivelmente mais periférico da discussão em torno dos “comportamentos de risco” dos adolescentes também incide em contestar a representação negativa de eventos de transformação entendidos como turbulentos. E em segundo lugar problematizar situações turbulentas como necessariamente desviantes.

Uma reflexão presente em Bankoff (2003) no contexto dos sistemas socioecológicos, desconstrói a relação entre desequilíbrio e violência. Para o autor, a ideia de que os agentes de instabilidade são negativos prevê que o estado de normalidade é o equilíbrio: “Esse modelo permeia o conceito de mundo ocidental e está incorporado no paradigma que as pessoas frequentemente referem como ‘o equilíbrio da natureza’” (BANKOFF, 2003:17, nossa tradução)¹²⁴. No campo da saúde a relação precária entre equilíbrio e vitalidade é algo que pode ser problematizado a partir do filósofo e historiador da ciência Canguilhem (1966:89). Para ele a vida é uma “polaridade dinâmica [e nunca indiferente às] (...) perturbações de ritmo [próprias] das condições em

¹²² Mayock (2005) explora esse ponto na sua etnografia com usuários de drogas pesadas, onde tomar riscos é “*part of ‘living’, both in the everyday and the spectacular sense*” (MAYOCK, 2005: 7). O que é no senso comum é tido como comportamento de risco engloba questões diversas, como “social expression and ‘style’, experimentation, group membership, status achievement, or ‘escape attempts’” (MAYOCK, 2005: 8).

¹²³ Cf. Pérez (2009) observa em relação aos corpos (e almas) tatuados: “*Opción que a pesar de ser subversiva en relación con la concepción tradicional del cuerpo, como un hecho ‘natural e inalterable’, también es una subversión pacífica y de alguna manera viabilizada por el nuevo orden de las cosas (...)*” (PÉREZ, 2009: 91- 92)

¹²⁴ *Such a model pervades the western conceptualization of the world and is embodied in the paradigm that people often refer to as “the balance of nature”.*

que se realiza.” (CANGUILHEM, 1966: 49)¹²⁵. O que favorece uma reconsideração sobre os agentes e momentos de perturbação em diferentes escalas.

Embora se reconheça que o movimento carrega uma positividade organizadora não cabe aqui conjecturar sobre o (paradoxal) potencial adaptativo dos comportamentos de risco¹²⁶. “Bonito era ver o sangue correr”, fala Vivian (no cap.3) sobre “se cortar”, mas reconhecer esse comportamento como estratégias de harmonização não é um veredicto sobre sua eficácia. Igualmente, não se busca suprimir a dimensão de sofrimento intenso, de dor, amargura, desespero, já reportados pelos jovens (cap. 4). Procura-se simplesmente apontar o que Caponi (2003) já observou em outrolugar, i.e., que a transcendência e a busca pela saúde envolvem manter um diálogo aberto com os comportamentos de risco. Não a busca exclusiva de suprimi-los.

6.5 CUIDADO (PARA QUEM?)

As políticas de atenção à saúde mental dos jovens estão historicamente relacionadas ao risco numa perspectiva que se desloca da exclusão manicomial, para uma gestão comunitária e em rede. Nikolas Rose (1998), por exemplo, analisa essa passagem da segregação dos “perigosos” à “gestão dos risco” na Inglaterra, alertando para a emergência de um imperativo de previsibilidade, que pode ser eticamente problemático. Pois se o cálculo de estimativa por um lado é útil ao justo alocamento dos recursos, por outro é inevitável na identificação de tipos exemplares de “*risky individuals*” (ROSE, 1998:177). Já nas políticas públicas e assistenciais brasileiras, Pussetti (2014) observa uma rede de cuidados que tem por alvo “populações carentiadas” e cujas bases de representação giram em torno do par vulnerabilidade/risco. Esta dicotomia se desdobra em outras parselhas nas ações de cuidado, como “assistência/segurança”, “proteção e

¹²⁵ Isso prevê uma anterioridade do ser vivo sobre a norma, assim como uma reconsideração sobre o sentido de normalidade, a partir de uma individualização deste conceito: “Um ser vivo é normal em um determinado meio na medida em que ele é a solução morfológica e funcional encontrada pela vida para responder a todas as exigências do meio.” (CANGUILHEM, 1966: 56).

¹²⁶ Sobre isso cabe ainda uma discussão sobre os princípios gerais da “resiliência”, por exemplo, que propõe que a auto-variação é fundamental para a capacidade de auto-organização e continuidade de um sistema. (CUMMING, 2011).

correção”, “empoderamento e contenção” (PUSSETTI, 2014:12). As reflexões de Rose (1998) e de Pussetti (2014) se coadunam no sentido de mostrar como as ações de cuidado destinadas a avaliar e minimizar o risco tensionam valores normativos em relação à subjetividade.

No CAPSi a consideração sobre o risco integrava as ações de cuidado em dois momentos: no acolhimento, concomitante ao processo de avaliação dos novos casos, onde eram considerados prioritários o sofrimento dos indivíduos que estavam mais expostos ao risco; no tratamento, quando buscava-se evitar os comportamentos impulsivos. O trabalho de campo no hospital de Lyon por sua vez, contemplou uma apreciação sobre o risco numa perspectiva diametralmente oposta: o risco que os jovens colocavam aos outros, além deles mesmos. Essa consideração diferencial sobre o risco está relacionada a distintos pressupostos sobre os jovens públicos-alvo dos tratamentos propostos nas referidas intuições. Assim como diferentes percepções sobre suas necessidades, ameaças e tipos de cuidado que lhes seriam mais oportunos.

O cuidado é sempre para alguém e em uma situação específica. Em cada contexto em que se desenvolve suscita diferentes preocupações. Ele é objetivado numa dimensão relacional entre diferentes agentes e instituições, configurando um legítimo “campo de forças” (BOURDIEU, 2004: 23). A insuficiência de uma perspectiva universalizante do cuidado levanta a necessidade de indagá-lo de modo situado, observando os dilemas teóricos propostos por diferentes autores que trataram do tema de uma perspectiva socioantropológica e dialogando com o campo estudado.

6.6 INVESTIGANDO UMA PRÁXIS

O cuidado foi por muito tempo avesso à reflexão por ser localizado na esfera privada e relacionado à noção de afeição. Essa obviedade foi denunciada pela sociologia feminista, procurando mostrar que embora casualmente invisível esse também é um tipo de trabalho, com implicações éticas e políticas¹²⁷. Sobre isso, Mol *et al* (2010) comentam que inicialmente, a relação entre cuidado e trabalho - levando em conta principalmente as atividades ligadas à maternidade, foi um modo de agregar valor ao cuidado. Já posteriormente e na perspectiva da sociologia médica - e considerando sobretudo os cuidados médicos, a

¹²⁷ Sobre a “ética do cuidado” em contraste à “ética da justiça”, ver Gilligan (1982).

relação entre cuidado e trabalho não era tida como obviamente boa. O cuidado médico era generalizado como paternalista e uma tentativa de dominar os pacientes (MOL *et al.*, 2010). Trazendo essa comparação, chama-se a atenção para a fragilidade da separação entre afeto e instrumentalidade. Assim como para o fato de o cuidado não possuir uma essência única e inequívoca, compõem-se de múltiplas (às vezes intrincadas) lógicas e disposições (MOL *et al.*, 2010).

Sobre a antropologia do cuidado, não é incomum que se observe que ele deve ser situado e contextualizado (MOL *et al.*, 2010; MOL, 2008; de la BELLACASA, 2011). Entretanto, Yates-Doerr (2014) chama atenção para a dificuldade de etnografá-lo na prática clínica, onde existe uma tendência de localizá-lo em corpos (ou partes de corpos) individualizados ou em tratamentos específicos que são prescritos. Entretanto o cuidado envolve múltiplas e ocasionalmente contraditórias dimensões; onde “boas intenções podem ter maus efeitos” (MOL, 2008: 13) e onde o que é considerado bom não funciona em todas as situações. Neste prisma, a etnografia de Yates-Doerr (2014) numa clínica de emagrecimento da Guatemala problematiza a categoria de “*careful eating*”. Uma prescrição que ia além das receitas médicas e o espaço da clínica. Envolvia o uso de agrotóxicos na produção agrícola, o processamento de alimentos e até alertas sobre o perigo da boa nutrição na gestação (numa população que tinha o hábito de parir em casa).

A instabilidade da categoria “cuidado” deve-se ao fato de ser um conceito ligado a práticas e seus contextos. Isso faz pertinente a formulação de que “o cuidar é mais sobre o etos transformativo do que uma prescrição ética” (BELLACASA, 2011:100, tradução nossa¹²⁸). Cada situação tem uma lógica do bem-cuidar e requer um tipo de cuidado diferente, o que torna remoto uma definição prévia ou mesmo uma menção direta.

O cuidado está na ordem da ação e o único consenso é que representa o contrário de negligência (MOL, 2008; MOL *et al.*, 2010). Isso porque o cuidado parece estar relacionado a contextos de crise e de sofrimento imediato que apelam à atuação¹²⁹. Lugares em que a menção ao cuidado normalmente se dá pela negativa, pelas práticas de não

¹²⁸ “*Caring is more about a transformative ethos than an ethical application.*” (de la BELLACASA, 2011: 100)

¹²⁹ Como por exemplo as “crises humanitárias”, etnografadas por Redfield (2005).

cuidado ou mau cuidado - presentes nos movimentos postos em prática para saná-los.

Em diálogo com os campos institucionais etnografados, observa-se que uma primeira configuração de cuidado se dá pela negativa, através da descrição do que estaria fora das regras do bem estar. Na perspectiva das narrativas dos profissionais do CAPSi (e ocasionalmente também do HI) há uma referência ao “pouco afeto” (dos pais, família) para com os jovens, o que etimologicamente realça “a ligação carinhosa”; “a manifestação de ternura que geralmente envolve contato físico” (MICHAELIS, 2018). Comparativamente, no hospital de Lyon fala-se em termos de pais e condutas “zelosas” tanto em alusão à relação de pais e filhos, como das ações deles mesmos para com os jovens. Como consequência semântica dessa ideia está a ênfase na tomada de precauções a fim de evitar o indesejável (MICHAELIS, 2018).

Sobre as práticas supostamente desenvolvidas para corrigir e prevenir a situação de *badcare* no campo de Lyon, notou-se que o isolamento e o “tempo para si”, por exemplo, são relativos ao desenvolvimento de uma capacidade em relação ao que os profissionais definem como uma “subjetividade estruturada”. Essa se dá através de uma maior tolerância ao tédio e do desenvolvimento da auto-absorção imaginativa, que genericamente visam facilitar uma maior adaptação do jovem ao seu meio relacional. Já no CAPSi, o paradigma de tratamento são as oficinas artísticas e sessões de terapia (individual ou em grupo). Estas visam um tipo de apoio pela liberação e integração consciente de sentimentos e desejos. Cada ênfase em questão visa revelar um tipo de compensação em voga nas práticas de cuidado: conforto ou orientação, liberação ou isolamento, auto-estabilização ou auto-desenvolvimento, compensação quantitativa ou qualitativa, etc.

Apesar da ideia de cuidado ser primariamente relacionada ao afeto, cada perspectiva de cuidado é também uma tecnologia (MOL *et al.*, 2010) (MOL, 2008) que trabalha com um tipo de matéria-prima. Esta coaduna com os valores e interesses que são defendidos como elementares ao bom cuidado e repercute nos modos como as pessoas são indagadas, vetadas ou incluídas. A barreira clínica da intimidade (encontrada no CAPSi) veio a lembrar que no contexto do cuidado é sempre uma intimidade específica que se defende (YATES-DOERR, 2014). Do que se observou nas reuniões de equipe, tanto em relação aos jovens como em relação aos profissionais, a indagação era “como você se sente em relação à...”; “Quais as situações que te fazem sentir...”. O material imprescindível eram os sentimentos. Sumariamente, pode-se

comparar que em Lyon, eram as condutas, regidas pelas modalidades de acompanhamento e supervisão.

6.7 CUIDADO E AUTONOMIA

Uma discussão que acompanha a reflexão ética do cuidado presente em Mol *et al.* (2012) é sobre a suposta autoridade X passividade entre cuidador e quem é cuidado. As autoras questionam parte da crítica antropológica sobre a exclusão do saber do paciente (KLEINMAN, 1998) (CONRAD, 1985) (GONÇALVES, 1998) (GOOD 1990) lembrando que com a influência o humanismo médico, ouvir o paciente passa a integrar as boas práticas, junto a uma celebração de sua autonomia. Entretanto, e além disso, as autoras questionam a ideia de um papel ativo/passivo no cuidado. Pois o cuidado não possui uma lógica anterior a sua prática, está imerso numa lógica que envolve as práticas de quem é cuidado. Ou seja, o cuidado também é um trabalho feito pelos pacientes (MOL *et al.*, 2012) e integra ações como por exemplo: tomar (ou não) remédios, procurar um diagnóstico na internet ou decidir continuar/parar de freqüentar o CAPSi. Se esses exemplos perturbam a direcionalidade do par cuidador-cuidado, o que dizer quando o cuidado é estimular o protagonismo, a autonomia, o próprio papel ativo?

Nos serviços públicos de saúde brasileiros a produção de “autonomia” dos “usuários” é um princípio norteador de “humanização”, que ganha ainda mais relevância na circunstância da reestruturação política da saúde mental. Neste contexto, o “protagonismo dos usuários” passa ser tido como estratégico ao “deslocamento do lugar social da pessoa em sofrimento psíquico” (AMARANTE, 2007:83) (BRASIL, 2006). Um desdobramento disso é a criação de novas práticas de acolhimento em que o usuário passa a ser tratado por uma equipe e não apenas pelo médico. Prerrogativa que visa maior adequação à complexidade do sofrimento, mas que também vislumbra alternativas relacionais ao monopólio do saber médico-psiquiátrico e ao regime de subordinação tutelar (AMARANTE, 2007).

A orientação relacional que procura estimular o protagonismo e a autonomia dos usuários ganha novas matizes quando se trata de crianças e jovens, legalmente sob responsabilidade de outrem. Há ainda a preocupação do “surto”, da suscetibilidade do sofrimento psíquico e da confiança que os mesmos e suas famílias depositam na instituição. São

fatores que hipoteticamente acentuam a relação de dependência e potencial de responsabilização institucional.

Trazer o horizonte da pesquisa antecipa a conclusão de que a recomendação de promover autonomia é sensível e merece ser melhor discutida. Mol (2008) debruça-se sobre essa questão à ocasião de uma pesquisa sobre a assistência ao diabetes na Holanda. Nesse contexto, que é o tratamento intensivo de uma doença crônica, a autora observa criticamente o reposicionamento do lugar do paciente nas políticas de saúde: em relação ao diabetes foi reavaliada a obrigatoriedade da adesão ao tratamento em favor da possibilidade de efetuar escolhas enquanto maneira de dar mais poder ao paciente. A obra de Mol busca desconstruir essa pretensa dádiva e provoca: “comparando-se à força, então a escolha é, mais frequentemente que não, um grande bem. Mas que tal compará-la com *care*?” (MOL, 2008: xii, trad. nossa¹³⁰)

Mol (2008) observa que a lógica da escolha além de visar um maior protagonismo dos pacientes, guarda grande prestígio na tradição ocidental pautada nas seguintes tendências: no mercado, em que o objeto da escolha é análogo a uma mercadoria e os pacientes são situados como “clientes”; e na vertente da cidadania, em que o paciente é um genérico portador de direitos. O objetivo de Mol é mostrar como esses protótipos são inadequados para situações de saúde-doença, seja por conta de uma impossibilidade de escolher (o paciente está em coma, por exemplo), mas principalmente pela especificidade das condições em que a escolha é feita. Sobre esta, lembra-se sobre o alerta de Longhi (2018), da vigência no Estado brasileiro de um movimento de congelamento de investimentos à saúde - o que tende a reduzir ainda mais “condições reais para que as pessoas vivam de maneira plena sua autonomia.” (LONGHI, 2018: 59) Numa tendência de acento às desigualdades e consequente enfraquecimento da democracia.

A lógica da escolha opera ainda segundo disjunções sucessivas: entre cuidador e paciente, entre fatos e valores e entre momentos do cuidado. Funciona assim: o cuidador dá informações ao paciente com base em fatos e indicadores (neutros) e o paciente toma sua decisão, com base nos mesmos e seus valores. O tratamento é executado num segundo momento e o paciente toma responsabilidade por sua escolha¹³¹. Nesta “transação” (MOL, 2008:21) “a doença é uma estranha

¹³⁰ “*Compared with force, then choice is more often than not a great good. But what about comparing it with care?*”

¹³¹ A assinatura de consentimentos informados vai ao encontro desse tipo de lógica.

exceção” (MOL, 2008:11) e os valores do paciente não se misturam com os do cuidador. São características estranhas ao cuidado e sua lógica, que a autora situa numa relação de proximidade e dinamicidade: entre indicadores, estatísticas e suas paisagens morais; entre os valores dos profissionais /pacientes que interagem com envolvimento e confiança negociando na definição do bom cuidado e do melhor tratamento. Em síntese, Mol busca enfatizar como a ação do cuidado é antes de tudo uma atividade moral: “Você faz o melhor, mas é impossível prever como uma tentativa de fazer o bem funcionará na prática” (MOL, 2008, p. 90). A ação de cuidar não é um somatório de ações isoladas, mas um processo em que é preciso avançar, recuar e tentar diferente, na busca pelo mais favorável.

Partindo do pressuposto que a possibilidade de efetuar escolhas informadas é o que conduz ao bom cuidado, a ética médica inadequadamente celebra a autonomia, o empoderamento (e a conseqüente possibilidade de responsabilização) do paciente. Esse estilo tende a obscurecer que na vida, em algum momento, nos encontramos todos em situações de vulnerabilidade. Investir em escolhas, nesse aspecto é em última instância uma técnica disciplinar¹³² (MOL *et al.*, 2010).

A defesa da autonomia enquanto armadilha nas relações de cuidado também encontra eco na revisão de Winance (2016) sobre a temática dos estudos sobre a deficiência. O problema aqui não é tanto o reconhecimento do estado vulnerável como inerente à condição humana, mas sobre algumas noções que subjazem à ideia de autonomia. Primeiramente, no que se refere à exclusão da possibilidade de dependência ou assimetria na relação. A autora busca demonstrar que, contrariamente, a dependência é condição de *care*: “Nesta visão, não é, portanto, uma questão de oposição entre “autonomia” e “dependência” mas de mostrar como nas relações de cuidado a dependência é a base da

¹³² Em alusão ao conceito Foucaultiano de tecnologia de poder disciplinar, que tendo como protótipo institucional a escola e a prisão, substitui um tipo violento de dominação (que recaia sobre os corpos na forma de castigos e suplícios) para uma forma disciplinarização e formação de corpos aptos e economicamente úteis. No que se depreende da formulação a seguir: “A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos ‘dóceis’. A disciplina aumenta as forças dos corpos (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência) [...] a coerção disciplinar estabelece no corpo o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e a dominação acentuada” (FOUCAULT, 1987/2007: 119)

autonomia” (WINANCE, 2016:10)¹³³. Nesse sentido, a assimetria não implica necessariamente dominação, mas uma interação apta a gerar dignidade para ambos os envolvidos^{134 135}.

Acerca das implicações do conceito de autonomia, a partir de Winance (2016), um segundo ponto que me parece ainda mais radical é sua discordância de que a autonomia signifique habilidade de efetuar escolhas. Apoiada em ideias oriundas da sociologia da ciência e da tecnologia, propõe uma ideia de autonomia como capacidade de resistir, de ser “recalcitrante” (WINANCE, 2016:17). A habilidade de não aquiescer, de reagir de forma inesperada é para a autora, uma forma de bruta de autonomia. Sobre isso se pode pensar em todas as formas de oposição, mas também de subversão que os sujeitos exercem enquanto atores sociais. Formas exemplares que podem ser encontradas nos jovens usuários do CAPSi e sua recusa em escolher um projeto de vida, nos adormecimentos no grupo de fala... Ações que nesse entendimento particular de autonomia desfaz sua definição mais ordinária.

Ao pensar a autonomia da perspectiva de quem é cuidado, enquanto uma capacidade de não aquiescer, Winance (2016), embora não mencione, enseja um diálogo tanto com o conceito foucaultiano de “resistência”, como com o conceito de “agência”, de Ortner (2007). Resistir no sentido do primeiro ilumina as relações de poder, na medida em que “não há relação de poder sem resistência” (Foucault, 1995, p. 248). A resistência se situa numa ordem prática, em que se desvelam as aplicações do poder e as estratégias empregadas (DREYFUS &

¹³³ “*In this vision, it is therefore not a matter of opposing ‘autonomy’ and ‘dependency’ but of showing how care relationships and dependency underlie autonomy.*”

¹³⁴ Perspectiva que conflui com a ordem de interação assimétrica presente na dádiva de Mauss, sobretudo numa perspectiva alternativa à interpretação estruturalista (tal como a apresentada pelo M.A.U.S.S. - Movimento Anti-utilitarista nas Ciências Sociais) no que reconhece nas relações de troca seu caráter ambíguo, entre norma e despojamento; liberdade e dever. (MARTINS, 2008)

¹³⁵ Observa-se em Longhi (2014, 2018) um argumento com fundamento aproximado. Este pode ser observado na reprodução a seguir: “(...) enquanto o cuidado for pensando unicamente no sentido vertical e assimétrico, onde existe uma clara delimitação entre quem é cuidado e quem é o cuidador, estamos reproduzindo uma lógica de poder, hegemônica, e deixando e ver outras possibilidades. Considerando que o cuidado é inerente a existência, mas não universal e nem único, seguir suas expressões pode nos informar muito sobre os sentidos das relações.” (LONGHI, 2014:11)

RABINOW, 1995). Resistir igualmente constitui uma forma de agência dos dominados, no modo como propõe Ortner (2007): “[...] os dominados sempre têm certa capacidade, às vezes muito significativa, de exercer algum tipo de influência sobre a maneira como os acontecimentos se desenrolam. Portanto, resistência também é uma forma de ‘agência de poder’” (ORTNER, 2007 :64). Nesse tipo de conciliação entre estruturas de poder e capacidade intencional¹³⁶ retoma-se a reflexão sobre as práticas de cuidado que visam a promoção da autonomia. Pensa-se que estas devam levar em conta não somente o que os indivíduos tenham a dizer, mas sua recusa e os subterfúgios que colocam em xeque os métodos de emancipação propostos. A promoção da autonomia, nesse sentido, não escapa de uma reflexão sobre seus métodos e lugares em que se realizam.

Uma questão aparentemente periférica à ideia de autonomia, mas que, vincula-se ao processo de humanização do SUS (tratado anteriormente), está em relação com a terminologia “usuários”: esse termo enfatiza a livre iniciativa na procura do serviço e induz à ideia de que os serviços de saúde são ferramentas de fácil disponibilidade. Mas ao contrário, o que se encontra são jovens encaminhados, filas de espera e porteiros delimitando um lugar de espera e de acesso aos espaços de tratamento. Contudo, se os usuários se sentem de alguma forma insatisfeitos¹³⁷, as profissionais também não parecem contentes e queixam-se da impossibilidade de atender a demanda. Frases como “se ao menos tivéssemos uma terapia semanal para todos (...)”; “não é que tenhamos medo de atender, me sinto capaz, mas não dá conta (do elevado número...)”, exemplificam a parte das dificuldades que é a sobrecarga de usuários. Por isso a questão em discussão é de como a noção de usuário obscurece que a característica do cuidado é dialógica. Sobre isso, Tronto (2010) sugere uma proposta de cuidado que é conscientemente negociada entre os diversos atores de uma instituição¹³⁸. E o que fica como uma indicação é que uma reflexão

¹³⁶ Desigual e culturalmente constituída.

¹³⁷ Mais sobre usuários do SUS se sentindo insatisfeitos, consultar a etnografia de Maia& Cunha (2014) que aborda a experiência de “mágoa coletiva” relativa às práticas de cuidado num posto de saúde.

¹³⁸ Pensa-se com Tronto (2010), que “*the determination of the end of institutional care must itself be resolved through a political process that considers the needs, contributions, and prospects of many different actors. Under these conditions, care becomes contested in many ways, but social provision for care is likely to be better.*” (TRONTO, 2010: 169)

sobre o protagonismo e a autonomia dos usuários também deva levar em conta as demandas dos cuidadores.

6.8 REFLEXÕES SOBRE O USO DO GRUPO COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO PARA JOVENS

As situações de mal-estar envolvem métodos de enfrentamento que passam pela identificação de um problema e pelo apontamento de soluções (MOL, 2008). Na narrativa dos profissionais do CAPSi havia um consenso de que o sofrimento dos jovens era um problema complexo (“biopsicossocial”) com um destaque para o relativo “isolamento” desses jovens. Havia a percepção de que o sofrimento dos jovens passava por um problema de dificuldades de integração com colegas de escola, trabalho e bairro; numa situação em que o jovem usuário do CAPSi era habitualmente o “excluído” e não o que exclui ou que vitimiza os outros colegas. Buscando uma solução que abrangesse o problema da “exclusão” dos jovens, suas dificuldades de interação e o alto número de usuários do serviço, a psicoterapia de grupo surge como um tipo de solução conciliadora e ganha centralidade dentre os tratamentos ofertados.

O potencial terapêutico da psicoterapia de grupo era justificado como benéfico em relação ao entendimento de que era uma necessidade dos adolescentes estarem entre grupos de membros de uma mesma faixa etária. No caso do CAPSi, que identificava os adolescentes usuários como “isolados”; com dificuldades de se enturmarem, isso era um imperativo a mais para colocá-los em grupo. A seguir observaremos alguns pressupostos do grupo como estratégico ao bem-estar juvenil e enquanto um tipo de cuidado eventualmente interessante para os jovens do CAPSi.

A importância do grupo para os jovens tem como base uma concepção estrutural funcionalista, que orienta tanto o conceito de moratória social desenvolvido por Erikson, como as teorias sociológicas sobre o adolescente da metade do século XX. Estas, desenvolvidas por Parsons, Coleman e Eisenstadt reconhecem a juventude como um processo de socialização secundária (GROPPO, 2015: 5). Esse tipo de socialização faz-se necessária uma vez que a situação do jovem escolar ante a sociedade mais ampla é vista como mera potencialidade, um “não ainda”; e, portanto, ele precisaria se constituir por oposição à mesma. Nesse contexto, o grupo de jovens seria então um lugar de positividade, para aprendizado de novos papéis sociais, novos ideais, além de

servirem como lugar de identificação e do desenvolvimento de laços de solidariedade (ABRAMO, 1994: 4).

No processo de formação dos grupos, as teorias sociológicas críticas valorizaram o potencial contestador da juventude, seja de uma perspectiva geracional ou classista (GROPPO, 2015). Nesse modelo, o jovem não é apreendido pela perspectiva do desvio, mas como um agente do progresso, propulsor da invenção e da renovação da sociedade. Na análise de Groppo (2015), a perspectiva crítica encontra nos anos sessenta a geração exemplar e que sob as vertentes reformistas e revolucionárias tenderiam à transformação da sociedade. Entretanto essa visão que situa os grupos juvenis como grupos de contracultura tem sido revista por uma corrente pós-crítica de análise dos grupos juvenis (GROPPO, 2015).

Pensamos que os autores elencados por Groppo (2015) como pós-críticos, como Maffesoli por exemplo, operam uma mudança de ênfase. O âmago do grupo fraternal não seria um ideal comum compartilhado pelos seus membros, mas a sensibilidade da experiência gregária. O sentimento de pertencimento a um grupo, que alguns denominariam metaforicamente como “tribo” de adolescentes¹³⁹ propicia uma “experiência ética” que é principalmente empática (MAFFESOLI, 2010: 47). Para este autor, as tribos contemporâneas são um fenômeno abrangente das sociedades de massas, que segundo ele, operou uma juvenilização do social. Nesse processo, a ênfase são os laços de solidariedade, antes que um projeto político ou identitário¹⁴⁰.

Apesar de Maffesoli não restringir o processo de tribalização a um grupo etário, mas a uma mudança de paradigma mais ampla da sociedade contemporânea, ele faz refletir sobre o peso da *formação identitária* ante a profusão de papéis dos tempos atuais. Para o autor, vivemos um tempo em que “só temos valor pelo fato de pertencermos a um grupo. E pouco importa se essa ligação é real ou fantasmática” (MAFFESOLI, 2010: 120). A associação grupal é fundamentada pela experiência de estar junto e a gama de sentimentos vividos em comum

¹³⁹Ver como Magnani (1992) avalia a possibilidade da categoria de tribo como uma metáfora de categoria.

¹⁴⁰“O caldo da cultura é fervilhante, monstruoso, desagregado, mas ao mesmo tempo rico em possibilidades futuras. Podemos nos servir dessa imagem para dizer que a massa se basta a si. Ela não se completa, não se projeta, não se ‘politiza’. [...] Nesses momentos, cria-se uma ‘alma coletiva’, na qual as atitudes, as identidades e as individualidades se apagam.(MAFFESOLI, 2010:118).

se sobrepõem ao eventual ideal ou projeto que esses grupos compartilhem.

Um exemplo dessa ênfase grupal da *experiência* sobre o *projeto* me parece cuidadosamente etnografada no trabalho de Caiafa (1985) sobre os grupos punks do Rio de Janeiro. Na introdução, a autora contesta a visão do surgimento dos grupos punks como uma reação à crise econômica ou outras precariedades do mundo contemporâneo. Ou como situa a autora, num modo de escrita que encarna o âmago do grupo: “Não é só isso, ou não é bem isso; ou é isso e seu contrário possível. Ou enfim é preciso outra coisa, porque se fosse assim seria fácil demais” (CAIAFA, 1985: 20). Em suma, o que se descobre em sua etnografia-punk e no agrupamento punk é o desejo de enfatizar uma experiência “SUB”, de semi-luz, de esquiva e de desconstrução. Ao contrário de construir uma identidade, o visual punk serviria como pura simulação, em que “pintar, marcar, furar, enfiar, mudar, interferir” (CAIAFA, 1985: 89) exaltam uma ritualização auto-agressiva.

Na etnografia de Caiafa (1985), a autora procura explicitar que os grupos punks em questão não eram orientados por nenhuma causa bem definida. Havia apenas um sentimento de bando fixado num modo de existência violentamente usurpador dos símbolos e dos corpos. Ainda assim, nota-se um tipo de sociabilidade e uma “estética da existência” (FOUCAULT, 1983), que se não se entrega facilmente à definição, guiam uma fronteira identitária; canalizam um desejo de pertencer e estar junto.

Trouxemos essas diferentes perspectivas para pensar alguns pressupostos da experiência grupal juvenil. Seja enquanto artifício de socialização secundária, exercício de solidariedade, identificação, fonte de prazer gregário ou canalização ritual das angústias; a incursão teórica afirma um potencial organizador da participação grupal na juventude. Entretanto, quais as implicações quando este é um “grupo terapêutico”?

Um primeiro ponto é que ele artificialmente imitaria uma situação de grupo juvenil de associação espontânea, em função de uma identificação pelo “sofrimento” e paradoxalmente pelo “isolamento”. Entretanto um grupo terapêutico não tem os mesmos princípios de engajamento que um eventual grupo juvenil. Outro complicador do grupo terapêutico como agente de reconstrução pessoal era a negatividade da identificação. Ou seja, a adolescência é descrita como uma época em que a relação consigo é marcada pela estranheza e o receio é justamente o de não ser “normal”, “(...) não corresponder às expectativas dos outros, não estar à altura deles (...)” (LE BRETON, 2009: 33). Pode-se pensar se a onipresença da dualidade

normal/anormal, não confirmaria o lugar de desviante. Pois como definiu certa vez um jovem no grupo de terapia: “nós, pessoas especiais”, mas que também surgia com outros significantes menos moderados (justamente pelo aval da auto-referência): “excêntrica”, “incapaz”, “doente”, “louca”... São manifestações que enunciam tanto o núcleo do conflito, como o esteio de aceitação. Num grupo de pessoas “especiais”, o que é positivado? O lugar de desvio ou um modo de subjetivação alternativo?

Neste capítulo desenvolveu-se sobre as categorias de risco e cuidado relacionando perspectivas teóricas com diversas situações etnográficas. Observou-se que essas categorias funcionam como uma espécie de cola, atravessando planos diversos: como as políticas públicas, as práticas institucionais e experiências dos sujeitos usuários do CAPSi. Foi também uma forma de observar, que assim como atravessam esses diferentes planos, não compõem um sentido único, supostamente ileso aos princípios legais, institucionais e percepções dos sujeitos. Outro ponto deste capítulo foi utilizar esses princípios para uma comparação de valores relativos aos dois serviços de saúde mental etnografados: o CAPSi e o hospital francês. Nesses ambientes o risco e o cuidado congregam uma injunção aparentemente neutra, que poderia ser sintetizada como: a atenção cuidadosa em situações de risco. Examinar o que isso acarreta na prática, ilumina uma arena relacional heterogênea de sujeitos, carências e sinistros específicos. Finalmente e principalmente, o esforço de desenvolver uma análise dos campos etnográficos desta pesquisa a partir dos conceitos de risco e cuidado, faz mais apurado o argumento acerca dos modos de subjetivação presentes nas práticas de saúde mental estudadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS ACERCA DE UM JOVEM TÍPICO

Neste trabalho, foram investigadas as políticas públicas, as práticas profissionais e as experiências sociais em relação ao sofrimento juvenil, a partir do CAPSi de Florianópolis. Esse objeto de pesquisa foi construído de forma dialógica com o campo e também atrelado ao percurso particular da pesquisa. Dialógico, pois se procurou investigar o que era apontado no CAPSi como uma demanda institucional importante, isto é, o aumento da procura por tratamento de jovens com “sintomas depressivos”. Já o percurso da pesquisa foi significativo uma vez que a pesquisa no CAPSi foi intercalada com uma experiência de estágio num setor “pedopsiquiátrico” de um hospital geral de Lyon, na França (bolsa doutorado sanduíche - CAPES). Essa experiência foi um parâmetro comparativo e oportunidade de *insigth*, acerca de um público-alvo consideravelmente diferente, assim como o eram os pressupostos presentes nos tratamentos empregados.

O jovem típico no serviço francês era descrito como alguém que estava na fronteira com a criminalidade, consistindo frequentemente num risco para os outros. O jovem típico usuário do CAPSi era muito mais percebido como alguém que se coloca em risco e um “sintoma” de famílias “desorganizadas”. Viu-se que esta diferença no público dos dois serviços não se encerrava nos diferentes formatos institucionais (serviço aberto/adesão voluntária X serviço fechado/adesão involuntária). Isso motivou um regresso à segunda parte do trabalho de campo em Florianópolis, sob a seguinte questão: a ausência no CAPSi de um tipo de jovem, por exemplo, em crise de agitação “violenta”.

Para além da adesão no serviço, a pergunta que se fez foi se esse tipo de jovem chegava no CAPSi. Se não, para onde ia? Logo essa

pergunta também fez com que se realizassem breves incursões em outras instituições de saúde mental: o IPQ, o HI para saber sobre o atendimento à crise, sobre o perfil dos sujeitos atendidos e como eram conduzidos os tratamentos nesses locais. Conversamos também com profissionais que trabalham no CREAS, para saber sobre as possibilidades de atendimento em saúde mental para os jovens que cumpriam medida socioeducativa.

Na miríade de sujeitos e instituições que tiveram lugar nesta pesquisa, considera-se como estes diferentes “planos etnográficos” (MALUF & ANDRADE, 2017) tocam às questões previamente colocadas. Observou-se então que a existência de um jovem usuário típico do CAPSi, é algo que parcialmente remete ao modo como está organizada a rede de saúde mental infanto-juvenil de Florianópolis; às práticas e ao modo como é entendido o “sofrimento” do indivíduo no CAPSi; ao modo como os jovens se vêem e experienciam sua aflição. Então, sobre esses três diferentes planos:

Entre o cuidado articulado e a necessidade de triagem na rede de saúde mental infanto-juvenil

As políticas públicas de saúde mental voltadas para o público infantojuvenil se inserem no paradigma inclusivo e comunitário da RP, assim como no da proteção integral das políticas da infância e juventude, que observam crianças e adolescentes como sujeitos de direitos. Estas tiveram como marcos o documento “Caminhos para a política de saúde mental infanto-juvenil” (Brasil, 2005b) e a portaria 3.088 de 2011, que estabeleceram as diretrizes dos cuidados para jovens com “transtornos mentais” (BRASIL, 2011). Nestes documentos o CAPSi consta como serviço estratégico, pois além de lugar preferencial para tratamento do “sofrimento severo e persistente”, é ordenador da rede de atenção intersetorial (BRASIL, 2005b).

Em relação à rede assistencial substitutiva legalmente prevista para infância e adolescência, observam-se em Florianópolis lacunas consideráveis. Faltam espaços de convívio comunitários, faltam profissionais responsáveis pelo apoio matricial na rede básica, faltam residências terapêuticas e vagas para internação provisória. Essas ausências de vagas, serviços e programas na rede, somado ao entendimento de que o CAPSi seria o lugar natural envolvendo queixas em saúde mental, fazem com que se concentre no último, jovens com sofrimentos considerados comuns, como depressão e ansiedade. Ainda sobre a rede, além da falta de estrutura, observa-se uma barreira

epistemológica que incide numa falta de consenso sobre o estado do paciente e contribui para o desgaste das relações interinstitucionais.

Conversando com profissionais do CAPSi, HI, IPQ e CREAS, constatou-se que a rede de saúde mental infanto-juvenil tem frequentemente se estruturado por atalhos jurídicos. Isso tem gerado práticas dissonantes quanto à assistência psicossocial e retomado práticas tutelares, assistencialistas, quando não de reeducação moral pelo trabalho e pela reza. Outro padrão que notamos é que a saúde mental fica bastante restrita a um jovem “bonzinho”. Jovens com comportamentos agressivos, nessa lógica, parecem ter muito menos chances de assistência “psicossocial” e muito mais chance de serem capturados primeiro e de forma mais incontestemente pelas “medidas socioeducativas”. Seja pela falta de vagas nos hospitais, pela falta de oportunidade de uma avaliação criteriosa, pela falta de adesão ao tratamento, pelo que se entende como “sofrimento juvenil” e uma tendência histórico-legal de relacioná-lo a uma perspectiva vitimizada. Uma reflexão que também fica em aberto é sobre se jovens que apresentam comportamento hetero-agressivos também não estariam chegando à saúde mental, por conta de uma noção de masculinidade hegemônica que não entende tais comportamentos como necessariamente desviantes.

A previsão de cuidado articulado em saúde mental busca uma atenção diversificada e integral. É, portanto, um movimento afinado ao curso da RP e mesmo à tendência mais revolucionária da desinstitucionalização - contemplando racionalidades outras, que a psiquiátrica. Por outro lado, nas condições em que vem sendo conduzido, o cuidado articulado integra um processo de desinstitucionalização bem diferente da proposta de Rotelli (1990). Remete ao desmonte institucional e ao enxugamento do Estado que tem inviabilizado às profissionais “acolher” e “implicar-se” (em) todos os casos. A saída que tem sido encontrada no CAPSi é a de fazer uma triagem nos casos preferenciais. Essa estratégia de postergação, no serviço considerado “estratégico” (BRASIL, 2002) enseja remorso nas profissionais e promove uma atmosfera de ameaça de responsabilização.

Compensando sofrimentos familiares no CAPSi

No curso da RP, a clínica psicanalítica tem ganhado espaço nos CAPS (PASSOS, 2000). Alinhando-se à proposta de não homogeneizar as pessoas e escutar o indivíduo na sua singularidade. No CAPSi,

observei a presença dos princípios psicodinâmicos já no (penoso) acesso ao campo, por conta do valor capital da intimidade - tanto dos sujeitos como da equipe. No que observei, o CAPSi de Florianópolis tem incorporado alguns imperativos do enquadramento clínico aos valores institucionais sob a perspectiva de que estes reafirmam um estilo de equipe democrático e horizontal, e que respeitam a individualidade dos usuários. Entretanto alguns valores bem consagrados na clínica privada, como a intimidade e a neutralidade, quando integralmente transferidos ao ambiente institucional conferem ambigüidade e minam seu potencial, permeado por uma tradição e uma trajetória política particular.

Em relação à postura de neutralidade, têm-se várias dimensões: por um lado, compõe a escuta empática do terapeuta; por outro ela pode significar ao profissional a ilusão do espaço terapêutico como moralmente asséptico, como coloca Castel (1978). Nesta última perspectiva, obscurece que principalmente no contexto institucional - com participação nem sempre voluntária, e com lugares ocupacionais e etários bem estabelecidos - o trabalho terapêutico opera uma mediação com a sociedade mais ampla. Isso remete por exemplo, aos manejos no “grupo de adolescentes”, como a evitação de assuntos polêmicos; a retirada do grupo; incentivos à participação ou ameaça de perder vaga no serviço, caso não se frequentasse as terapias propostas.

Através do relato das profissionais e estatísticas do banco de dados do CAPSi soube-se da importante demanda de atendimento para jovens com sintomas depressivos. Na linguagem profana, isso significava a chegada no serviço de jovens isolados, com famílias descritas como “desorganizadas” ou pouco favoráveis ao bom desenvolvimento individual. Por outro lado, pensa-se que estes quesitos, assim como o sintoma em evidência, também revelam uma “amplificação do risco” (KASPERSON *et al*, 1988), ou um ajustamento perceptivo a determinados tipos e contextos. Pois como se viu nos relatos sobre o processo de acolhimento e seleção dos pacientes, há um cálculo interpretativo por parte das profissionais sobre se o jovem estaria *em situação de risco*. Numa dimensão menos evidente, promovia a entrada no serviço de jovens com uma disposição passiva (principalmente em se tratando de meninos), vítima de eventos traumáticos, sobretudo familiares.

Nessa particular ideia de sofrimento psíquico - lugar de vitimização traumática - o trabalho em grupo, além de diminuir custos, era presumido mitigar a sensação de isolamento, permitindo partilhar os sentimentos e propiciando um clima de apoio que lhes faltava nas suas relações cotidianas. Também era favorável aos jovens levando em conta

uma possível compensação dos sofrimentos (tendo por pressuposto que a fala era catártica); como mecanismo de geração de *insigth* e de autorregulação emocional. A ideia era que os jovens falassem de seus sentimentos (principalmente dos negativos - tristeza) tendo como marcada a metáfora do desabafo e de um pressuposto *fardo emocional* por conta de determinadas vivências de ruptura, situação familiar e sócio-econômica conturbada, que denotava algum grau de angústia existencial.

Além de uma herança psicodinâmica, uma segunda dimensão implícita na injunção de “acolher o sofrimento do indivíduo” era a *resistência à aceção biomédica de pessoa*. Isso porque no curso da reforma é notável a atuação de psiquiatras e psicólogos que se constroem em oposição às abordagens organicistas. Com isso há uma evitação do diagnóstico e do medicamento, que contudo, são favoráveis à lógica do *manejo* - não só de casos difíceis como da falta de estrutura do serviço. Assim o medicamento, de ferramenta a ser evitada ganha importância como uma indispensável.

Finalmente com relação à linguagem da vulnerabilidade para compreender os sofrimentos dos jovens, este estudo mostrou uma tendência de se sondar uma situação familiar e social “desorganizada” que ameaçaria um suposto *desenvolvimento normal*. Isso primeiramente vai ao encontro do argumento de Schuch (2010) sobre o uso do ECA como “instrumento civilizatório” por parte dos profissionais envolvidos com políticas públicas para jovens, que tem levado a um aumento da vigilância sobre as famílias. A ideia de famílias “desorganizadas” correspondia ainda a um entendimento psicodinâmico que as localiza num “um padrão relacional” de funcionamento.

Na tradição psicodinâmica, a ideia de um desenvolvimento normal a ser velado, segundo Cushman (1995), encontra lugar na psicologia do *self* e na escola inglesa das relações objetais. Estas concebiam o *self* como uma “entidade orgânica” que prospera naturalmente com os estímulos (sobretudo maternos) adequados. Provoca-se, se essa perspectiva não carrega similaridades com a antiga e amplamente demonizada ideia de “degenerescência” de Morel do século XIX - que igualmente observava a perpetuação de “traços mórbidos” e buscava velar um desenvolvimento (normal). Nas políticas para assistência à juventude temos que pensar o quanto esse acento mórbido é relativo à desorganização familiar e seu suposto desvio, informado por uma epistême psico-educacional.

Consentindo, resistindo - O jovem “sensível”

Sobre a entrevista com os jovens me parece pertinente considerar alguns pontos de fragilidade metodológica: os jovens foram identificados e contatados a partir do serviço; a entrevista com cada um foi única e tiveram-se poucas oportunidades para ficar mais próxima dos jovens. Isso pode ter influenciado uma busca por respostas certas, i.e. uma repetição dos discursos que são veiculados no CAPSi e limitado a produção de novos sentidos.

Levando em conta que o CAPSi é um serviço aberto que demanda adesão por parte dos jovens, era previsível que nas entrevistas se constatasse uma grande “interferência” institucional (MALUF, 1999). Sobre isso, observou-se no contexto enunciativo a preeminência de um estilo reflexivo que medita sobre o próprio mal-estar a partir de “situações significativas” (MALUF, 1999) relativas à história familiar e considera seus desdobramentos na identidade atual. O sofrimento pessoal estava relacionado sobretudo ao sentimento de desvalorização e este, por sua vez, dizia respeito à percepção de ter vivido violência física ou moral passiva, intrafamiliar e/ou fracasso nas tentativas de se auto-regular. Como saída identificada para aplacar o mal-estar - e serem mais valorizados - relatavam um desejo de auto-controle (ser mais tranquilo(a), calmo(a), frio(a), etc).

Observa-se como a sensação de descontrole pessoal frequentemente engendra uma requisição de psicotrópicos e itinerários ecléticos de busca por apoio religioso, incentivados por parentes, vizinhos e amigos. Estes diferentes contextos de cura, aparentemente respondiam a uma mesma lógica de “auto-atenção” (MENENDEZ, 2003) pragmática - enquanto “ajuda” - não fazendo muita distinção entre tomar remédio, tomar passe, ou receber o santo. São experiências que certamente não coincidem com o “modelo explicativo” (KLEINMAN, 1988) de um único setor e um aspecto que mereceria ser melhor aprofundado em outro estudo.

A busca pelo autocontrole identificada nas experiências de auto-atenção sinaliza um modo de subjetivação orientado pela racionalidade econômica neoliberal (FAHRI-NETO, 2007; GROS, 2013). Nessa biopolítica há uma tendência de valorização da autonomia (EHRENBERG, 2004), assim como uma ênfase no protagonismo e responsabilização dos indivíduos nas escolhas e governança dos riscos (ROSA *et al.*, 2014). Os modos como as instituições aplicam essa injunção enquanto tecnologia de cuidado (MOL, 2008, 2010; BELLACASA, 2011) é variada. Sobre isso, rememora-se que o hospital

de Lyon intervinha com a presunção de um contexto de conflito (familiar), onde, enquanto “diplomatas”, os profissionais intercediam ritualizando uma ruptura com o contexto/crise. Os jovens eram tidos como em dificuldades “no nível das pulsões” e, portanto, o enquadramento e o heterocontrole eram um caminho necessário para o desenvolvimento consecutivo da autonomia. No CAPSi, o contexto familiar era visto num espectro de prejuízo, enquanto padrões de vínculos disfuncionais. A atuação se dava com os jovens (e ocasionalmente com as mães, avós) e com seus projetos de vida. As práticas de cuidado buscavam amparar pelo desabafo e auxiliar numa reorganização mediada principalmente pelo *insigth*.

A lógica de autogestão, por um lado congrega os desejos do mercado, da instituição e dos jovens. Mas enquanto a narrativa dos profissionais sobre o sofrimento centra-se no risco de “desequilíbrio” ou da descompensação mental, na dos jovens esse era um aspecto assessorio. O sofrimento dos jovens estava relacionado à auto-imagem e remetia a um desejo de reconhecimento (LONGHI, 2011). O sentimento de raiva pelo desprezo dos outros e as condutas de autoagressão são expressivas nesse sentido. Além disso, observa-se uma autoconstrução enquanto alguém “sensível”. Este aspecto em parte remetia à adesão ao tratamento no CAPSi sem a perspectiva de um diagnóstico preciso, em parte era uma forma de ser “recalcitrante” (WINANCE, 2016). Pois constituir-se como “sensível” envolve comportamentos considerados (no CAPSi) “de risco”, como um sentido potencialmente qualitativo e positivo da experiência. E portanto transcendia e resistia ao desejo de autogestão. Nesse sentido, o enunciado “nós, pessoas especiais”, proferido no contexto de terapia de grupo, performatiza esse movimento trágico, de experiência profunda, de se autoconstruir como sensível. E determina uma forma particular de agência dos jovens que autoriza a participar e recusar o tratamento proposto. Uma estética (trágica) da existência (FOUCAULT, 1983) que é parte do problema, parte do modelo de atenção ao “sofrimento”. Uma “carreira moral” (GOFFMAN, 1961) involuntária no serviço de saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABÈLÈS, Marc & JEUDY, Henri-Pierre. Introduction..In : ABELES, Marc & JEUDY, Henri-Pierre. **Anthropologie du politique**. Paris: Armand Colin, 1997

ABRAMS, Philip. Notes on the difficulty of studying the state. **Journal of Historical Sociology I**(I), pp.58-89,1988.

ALBERT, Bruce. Anthropologie appliquée ou ‘anthropologie impliquée’? Ethnographie, minorités et développement. In: BARÉ, Jean-François (Org.). **Les applications de l’anthropologie. Un essai de réflexion collective depuis la France**. Paris: Karthala, 1995.

ALVES, Paulo C. O discurso sobre a Enfermidade Mental. In. ALVES, Paulo C. & MINAYO, Maria C. S. **Saúde e Doença: Um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, pp. 91-100, 1994.

_____. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. **Revista de Ciências Sociais**, nº 42, p. 29-43, 2015.

ALVES, Paulo C. & SOUZA, Iara M.. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, Miriam C. M., ALVES, Paulo C. & SOUZA, Maria A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, pp. 125-138, 1999.

ANDRADE, Ana Paula Miller. **Sujeitos e(m) movimentos: uma análise crítica da Reforma Psiquiátrica brasileira do ponto de vista dos experientes**. Tese de doutorado em Antropologia Social, UFSC, 2012.

AMARANTE, Paulo de C. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1994a.

_____. An adventure in the insane asylum: the life of Franco Basaglia. **História Ciências Saúde-Manguinhos** . Vol 1, n. 1, pp.61-77.1994.

_____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro** , v. 11, n. 3, p. 491-494, Sept. 1995a .

_____. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil** [online]. 2nd. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 136p., 1995b. Disponível em SciELO books.

_____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ASSIS, Simone Gonçalves de. **Superação de dificuldades na infância e adolescência: conversando com profissionais de saúde sobre resiliência e promoção da saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/CNPq, 2006.

AUGÉ, Marc. Dos lugares aos não-lugares. In. **Não lugares. Uma introdução à antropologia da supermodernidade**. Campinas, SP: Papius, pp.71-106, 1994.

AYRES, José Ricardo de M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Vol. 5, supl. 1, pp. 42, 2002.

AZIZE, Rogério Lopes. Uma neuro-weltanschauung? Fisicalismo e subjetividade na divulgação de doenças e medicamentos do cérebro. **Mana**. Vol.14, n. 1, pp. 7-30, 2008.

BAERT, Patrick. Algumas limitações das explicações da escolha racional na Ciência Política e na Sociologia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. vol.12, n.35, 1997.

BANKOFF, G.: Vulnerability as a measure of change society. **International Journal of Mass Emergencies and Disasters**. Vol.21, n. 2, pp. 1-26, 2003.

BAZTÁN, Ángel A. Antropologia de ladepressión. **Revista Mal-estar e Subjetividade**. Fortaleza ,vol 8, n. 3, p. 563-601, 2008.

BÉHAGUE, Dominique. Taking pills for developmental ails in Southern Brazil. **Social Science & Medicine**, vol.143, pp.320-328, 2015.

BELLACASA, Maria P. Mattersofcare in technoscience: Assemblingneglectedthings. *Social Studies of Science*. Vol.41, n.1, 2011

BEZERRAJR, Benilton. 1992. Cidadania e loucura: um paradoxo? In B Bezerra Jr & PD Amarante (orgs.). *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro :Ed Relume-Dumar, pp. 113-126, 1992.

BIRMAHER, *et al.* Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I. **Jornal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**. Vol. 35, n.11, pp.1427-1439, 1996.

BOURDIEU, Pierre. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: UNESP, 86, p. 2004

BURT, Brian, A. Definitions of Risk. **Jornal of Dental Education**. Vol.65, n.10. pp. 1007-1008, 2001

BRASIL. Decreto N° 17.943-A de 12 de outubro de 1927. **Istitui o Código de Menores**. Brasília, DF, out 1927.

_____. **Estatuto da criança e do adolescente** (1990).: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, Lei n. 8.242, de 12 de outubro de 1991. Brasília, DF,1990.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 196, de 10 out. 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília-DF, 1996.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 1998.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, DF, abr 2001.

_____. Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002. **Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF, fev 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde: a humanização como eixo norteador das práticas e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

_____. Projeto de lei Nº , DE 2004 (Da Comissão Especial de Políticas Públicas para a Juventude). **Aprova o Plano Nacional de Juventude e dá outras providências**. Brasília, DF, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005. Brasília, DF, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Lei 11.129 de 30 de junho de 2005. **Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências**. Brasília, DF, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1876 de 14 de agosto de 2006. **Institui diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitando as**

competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, de 15 de agosto de 2006.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p

_____.Emenda constitucional Nº 65, de 13 de julho de 2010. **Altera a denominação do Capítulo VII do Título VIII da Constituição Federal e modifica o seu art. 227, para cuidar dos interesses da juventude.** Brasília, DF, jul 2010.

_____.Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011 - **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF, dez 2011.

BRITO, Mirela Alves de. **Entre Cobras e Lagartixas: Crianças em Instituições de acolhimento se construindo sujeitos na maquinaria da proteção integral.** Tese de doutorado em Antropologia Social, UFSC, 2014

CALAZANS, Roberto& BASTOS, Angélica. Passagem ao Ato e acting out: Duas respostas subjetivas. **Fractal Rev. Psicologia.** V. 22. N.2. pp. 245-256, 2010.

CAMPOS, E.A. Contágio, doença e evitação em uma associação de ex-bebedores: o caso dos Alcoólicos Anônimos. **Revista de Antropologia.** São Paulo, USP, v.48, n.1, 2005

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, & DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** 23(2), 399-407, 2007.

CANGUILHEM, G. **O normal e o Patológico.** 5.ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1966.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 55-77, 2003.

_____. Biopolítica e Medicalização dos Anormais, **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.9, n.2, 529-549, 2009.

_____. **Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Scielo -Ed. Fiocruz, 210p. 2012

CASTEL, Robert. **O Psicanalismo**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978

CHIAVERINI, Dulce H. (Org.) **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

CIRCULAIRE n°61 (santé) du 1er mars 1949 **relative à l'organisation des services libres pour le traitement des malades mentaux**. In. Textes officiels historiques.

_____ n°41 du 28 février 1951 **relative au fonctionnement des services libres des hôpitaux psychiatriques**. In. *Textes officiels historiques*.

_____ du 15 mars 1960 **relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentale**. In. *Legifrance*

CID- **Classificação Internacional de Doenças- 10**. DATASUS. Acesso em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f80_f89.htm

COHEN, Stanley. **Folk Devils and Moral Panics: The Creation of the Mods and the Rockers**. Oxford: Basil Blackwell.1987.

COMAROFF, Jean. **Body of Power, Spirit of Resistance: The Culture and History of a South African People**. Chicago: University of Chicago Press. 1985

CONJUVE. Conselho Nacional de Juventude et al (Org.) **Política nacional de juventude: diretrizes e perspectivas**. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert, 2006.

CONRAD, Peter. The meaning of medications: Another look at compliance. **Social Science and Medicine**. Vol. 20, n.1, pp. 29-37, 1985.

COOPER, Melinda. Pre-empting Emergence: The Biological Turn in the War on Terror. Theory, **Culture&Society** .Vol 23, n. 4, pp. 113 - 135, 2006.

COUTO, Maria C. V. Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In. **Cadernos de Textos da II Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar sim, excluir não**. pp. 133-142, 2001.

COUTO, Maria C. V.; DUARTE, Cristiane S. & DELGADO, Pedro Gabriel G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 30(4):390-8, 2008.

CRIANÇAS também sofrem de depressão. Sessão Saúde. **Diário Catarinense**. 23/07/2007. Disponível em:
<http://abp.org.br/2011/medicos/clippingsis/exibClipping/?clipping=5027>

CRUZ, Fernanda G. **Jovens em devir: invenção de novas possibilidades de vida para além da institucionalização**. Tese de doutorado em Antropologia Social, UFSC, 2014.

CUMMINNG, Graeme, S. Spatial Resilience: integrating landscape ecology, resilience, and sustainability. **Landscape Ecology** , v. 26, pp.899-909, 2011.

CUSHMAN, Philip. **Constructing the Self, Constructing America: A Cultural History of Psychotherapy**. Reading, Mass.: Addison-Wesley, 430p. 1995

DEBERT, Guita Grin. A dissolução da vida adulta e a juventude como valor. **Horizontes Antropológicos**, vol.16, n.34, pp.49-70, 2010.

DECLARAÇÃO Universal dos Direitos da Criança. 20 de Novembro de 1959 Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf

DELEUZE, **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

DELGADO, Pedro G. G. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro, vol.63, n.2, pp.1-121, 2011 .

DESCOLA, Phillipe. On anthropological knowledge. **Social Anthropology**, v.13,n. 1, pp. 65–73, 2005.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. *SciELO* -Ed. Fiocruz, 2ª ed. 2015

DINIZ, Débora. A Pesquisa Social e os Comitês de Ética no Brasil. In: FLEISCHER, S.; SCHUCH, P. (Org.). **Ética e Regulamentação na Pesquisa Antropológica**. Brasília: EdUnB/ Letras Livres, p. 183-192, 2010.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e Perigo**. Lisboa, Edições 70, 1966.

_____. Risk as a Forensic Resource. *Daedalus* Vol. 119, No. 4, Fall, pp. 1-16, 1990.

_____. **Risk and Blame: Essays in Cultural Theory**. Londres: Routledge . 1992

_____. **La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales**. Barcelona: Paidós, 173p. 1996.

DOUGLAS, Mary; WILDAVSKY, Aaron. **Risco e Cultura: Um ensaio sobre a seleção de riscos tecnológicos e ambientais**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012

DREYFUS, H. L., & RABINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica)** (V. Porto Carrero, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1995.

DUARTE, Luís F. D. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. 2ªed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.

_____. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral. In: ALVES, Paulo C. & MINAYO, Maria C. S. **Saúde e Doença: Um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, pp. 83-90, 1994

_____. F. D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.8, n.1, pp. 173-181, 2003.

DUMONT, L. As castas e nós. In: **Homo Hierarquicus**. São Paulo: EDUSP, p. 49-67. 1992.

DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo , v. 14, n. 4, Dec. 2011

DURKHEIM, Émile. **O Suicídio**. In. Seleção de textos de José Arthur Giannotti (Os Pensadores). São Paulo: Abril Cultural, 1978

EHRENBERG, Allain. Depressão, doença da autonomia? Entrevista de Alain Ehrenberg à Michel Botbol. **Ágora**, v. 7, n.1, 2004

ELIAS, Norbert & DUNNING, Eric. A Busca da Excitação no Lazer. In: Elias, Norbert. **A Busca da Excitação**. Portugal: DIFEL, pp. 101-138, 1985.

_____. 1939. A civilização como transformação do comportamento humano. In: **O Processo Civilizador**. Trad. Ruy Jungman. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994, pp.65-213.

FAHIR NETO, Leon. Cap.V O governo segundo a racionalidade econômica. In: **Biopolítica em Foucault**. Programa de Pós-Graduação em Filosofia, bDissertação de Mestrado, UFSC, 2007

FASSIN, Didier. Public health as culture. The social construction of the childhood lead poisoning epidemic in France. **British Medical Bulletin**, Oxford, v. 69, n. 1, p. 167-177, 2004

_____. Les économies morales revisitées, **Annales. Histoire, Sciences Sociales**, 6 (64e année), p. 1237-1266, 2009

_____. Compassion and Repression: The Moral Economy of Immigration Policies in France. **Cultural Anthropology** v.20, n. 3, 362–387, 2005.

FASSIN, Didier & RECHMAN, Richard. *L'empire du traumatisme: Enquête sur la condition de victime*. Paris : Champs Essais, 452p. 2010.

FAVRET-SAADA, Jeanne. 1990. Être Affecté. **Gradhiva: Revue d'Histoire et d'Archives de l'Anthropologie**, 8. pp. 3-9, 1990

FEHR, Scott Simon (ed.). **101 interventions in group therapy**. Ed. Routledge, 2010

FEITOSA, Helvécio N. A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. **Revista Bioética**, v. 19, n. 1, 2011.

FIGUEIRA, Sérvulo. Notas Introdutórias ao estudo das terapêuticas II: Robert Castel e Michel Foucault. In. FIGUEIRA, Sérvulo. **Sociedade e Doença Mental**, pp 87-140, 1978

FILIPPE, Angela. Making ADHD Evident: Data, Practices and Diagnostic Protocols in Portugal. **Medical Anthropology**. v.35, n. 5, pp. 390-403, 2016.

FIOCRUZ. **Prevenção e Pesquisa**. Disponível em: <http://prevencaoepesquisa.icict.fiocruz.br/>

FONSECA, Cláudia. **Família, fofoca e honra: etnografia das relações de gênero e violência em grupos populares** Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 245 p. 2000.

_____. Amor e família: vacas sagradas da nossa época. In. RIBEIRO, Ivete & RIBEIRO, Ana Clara (Orgs.) **Família em processos contemporâneos. Inovações culturais na sociedade brasileira**. São Paulo: Loyola, pp.69-90, 1995.

FONSECA, Tania Mara Galli; ENGELMAN, Selda; PERRONE, Cláudia Maria. **Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil reconciliação**. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007.

FOUCAULT, Michel. O Cuidado de si. In: **Historia da sexualidade III. A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Graal, pp. 45-73, 1985

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 1987. 34.ed. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____. **Tecnologias del yo – Y otros textos afines**. Trad.de Mercedes Allende Salazar. ed. Barcelona: Paidós Ibérica, 150p. 1990.

_____. 1972. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

_____. A Governamentalidade. In. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Ed. Graal; [1979] 2014

_____. Psicanálise, Etnologia. In. **As palavras e as Coisas: Arqueologia das ciências humanas**. São Paulo: Martins Fontes, 8ªed. pp. 517-535, 1999.

FREITAS-SILVA, Luna Rodrigues; ORTEGA, Francisco. A determinação biológica dos transtornos mentais: uma discussão a partir de teses neurocientíficas recentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, 2016

FREUD, Sigmund. **O Mal-Estar na Civilização** (1920). São Paulo: Companhia das Letras, 2011

_____. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise. In **Obras Completas de Sigmund Freud**: Vol. 12. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1969.

GANSEL, Yannis & LEZÉ, Samuel. Physical constraint as psychological holding : Mental-health treatment for difficult and violent adolescents in France. **Social Science & Medicine**, 2015.

GIDDENS, Anthony; BECK, Ulrich&LASH, Scott. **Modernização Reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. São Paulo: UNESP, 1995.

GOFFMAN, Erving. 1963. **Estigma**. Rio de Janeiro: Guanabara. 158p. 1988

_____. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1961.

_____. The Interaction Order. American Sociological Association, 1982 Presidential Address. *American Sociological Review*, Vol. 48, No. 1, pp. 1-17, 1982

_____. A carreira moral do doente mental. In. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 109-144, 1961.

GOLDMAN, Marcio. Os Tambores do Antropólogo: Antropologia Pós-Social e Etnografia, **Ponto Urbe**, 3. 2008

GONÇALVES, H.D. Corpo Doente: estudo acerca da percepção corporal da tuberculose. In: DUARTE, Luis, F. & LEAL, Ondina. **Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, pp. 105-107. 1998

GONÇALVES, Cintia Adriana Vieira; MACHADO, Ana Lucia. Das diferentes modalidades de “loucura” De que Século? **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 15(2):298-304, 2007

GOOD, Byron J. Medical Anthropology and the problem of belief. In. **Medicine, Rationality and Experience**. Cambridge: Cambridge University Press. Pp. 1-24, 1994

_____. The Heart of What’s the Matter: The Semantics os Illness in Iran. **Culture, Medicine and Psychiatry**. N. 1 pp. 25-58, 1977.

GROISMAN, Alberto. *et al.* **Theatrum Ethnographicum: Campo, Experiência, Agência**. 1ªed. Florianópolis: Editora ufsc, 2012.

_____. Interculturalidad, salud mental y agencia mediúnica en contextos urbanos y periurbanos del uso del Daime en Brasil. **Seminario Taller Internacional sobre Salud Intercultural del Departamento de Potosí**. Bolívia, 10p., 2014.

GROISMAN, Alberto & SCHNEIDER, Jacqueline. Pesquisa qualitativa, saúde e uso de drogas: desdobramentos e implicações teóricas, analíticas e epistemológicas da utilização da técnica da entrevista de fala aberta. **Revista portuguesa de Saúde Pública**. v.32, n. 1, pp. 37-44, 2014.

GROS, Frédéric. Y a-T-il un sujet biopolitique ? Milão : **Nóema**, V. VI, n. 1, pp. 31-42, 2013.

GUBER, Rosana. El enfoque antropológico: señas particulares. In. **El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo**. Buenos Aires: Paidós. pp. 67-82, 2004.

HAS (Haute Autorité de Santé). **Isolement et Contention en psychiatrie générale** : Texte des Recommandations. Février, 2017.

HENCKES, Nicolas. **Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la reforme des hôpitaux psychiatriques de l'après guerre aux années 1970**. Sociologie. École des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), 2007.

HUGHES, Everett. Good People and Dirty Work. **Social Problems**. Vol. 10, No. 1 pp. 3-11, 1962.

HUNT, Lynn. Introdução – consideramos estas verdades autoevidentes. In. **A invenção dos direitos humanos: Uma história**. São Paulo: Companhia das Letras, , pp. 13-34, 2007.

JENKINS, J. H.; KLEINMAN, A.; GOOD, B. Cross-Cultural Studies on Depression. In. **Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder**. Berkley: University of California Press. p. 67-99, 1985

INGOLD, Tim. Epilogue: Anthropology is not Ethnography. In: _____. **Being Alive**. Routledge: London and New York. pp. 229-243, 2011.

JORGE, Miguel R; FRANCA, Josimar M. F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 23, n. 1, p. 3-6, 2001.

KASPERSON, Roger, E. *et al.* The Social Amplification of Risk: A Conceptual Framework. **Risk Analysis**. V.8, n.2, pp.177-187, 1988.

KEHL, Maria Rita. **Sobre ética e psicanálise**. Companhia das letras: São Paulo, 2000.

KINOSHITA, Roberto T. Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. **Cad.Bras. Saúde Mental**, Vol 1, n. 1, jan-abr. 2009 .

KLEINMAN, Arthur. The Meaning of The Symptoms and Disorders. In: **The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition**. Basic Books, pp. 3-30, 1998

LAFONT, Max. **L'extermination douce: la mort de 40 000 malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques en France, sous le Régime de Vichy**. Ed. de l'AREFPPI, 1987.

LAKOFF, Andrew. **Pharmaceutical Reason: Knowledge and Value in Global Psychiatry**. Cambridge University Press. 216p, 2006.

LANDRON, Gilles. Du fou social au fou médical. Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. **Déviance et société** 19.1 (1995): 3-21.

LAPLANTINE, François. (1843)**A descrição etnográfica**. Trad. João Manuel Ribeiro Coelho e Sergio Coelho. São Paulo: Terceira Margem, 137p.,2004.

LATOURETTE, Bruno. **Reassembling the Social: una introducción a la teoría Del actor-red**. 1ª ed. Buenos Aires: Manantial. 392p, 2008.

LEAL, Andrea F. **No peito e na raça - a construção da vulnerabilidade de caminhoneiros: um estudo antropológico de políticas públicas para HIV/AIDS no sul do Brasil**. Tese de doutorado . Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

LE BRETON, David. **Condutas de risco: dos jogos de morte ao jogo de viver**. Campinas: Autores Associados, 2009.

_____ **Sociologie du risque**.Paris: PUF, 128p. 2012^a

_____ O Risco Deliberado: sobre o sofrimento dos adolescentes. **Revista de Ciências Sociais**, n. 37, pp. 33-44, 2012b

LENGELLÉ, Catherine. L'Esprit du secteur : Entretien avec Lucien Bonnafé. In. **Santé mentale**. N.51 oct 2000

LEZÉ, Samuel. **L'autorité des psychanalystes**. Paris : PUF, 216p. 2010

LONGHI, Márcia R. **Reflexões sobre reconhecimento e insulto moral a partir de trajetórias de rapazes moradores de uma comunidade pobre do Recife**. 35º Encontro Anual da ANPOCS. ANPOCS, 2011

_____. Dependência, autonomia, cuidado e velhice: considerações sob o prisma das políticas públicas. In. CASTRO, Rosana *et al.* **Antropologia em contextos de crise**. Brasília: Sobrescrita acadêmica, pp. 52-62, 2018.

_____. 'Ser' cuidado, 'Ser' cuidador: reflexões a partir de narrativas de casais homossexuais sorodiscordantes. 29ª Reunião Brasileira de Antropologia. **Anais da 29RBA**. 14p., 2014, Disponível: http://www.29rba.abant.org.br/resources/anais/1/1401987131_ARQUIVO_trabalhoRBA2014.pdf

LOPES, C. S. et al. Erica: Prevalence of common mental disorders in Brazilian adolescents. **Revista de Saúde Pública**. v. 50, p. 1-14, 2016.

LUETGE, Christoph, SCHNEBEL, Eberhard & Westphal, Nadine. Risk Management and Business Ethics: Integrating the Human Factor. In. KLUPPELBERG, Claudia; STRAUB, Daniel & WELPE, Isabell. (Eds.) **Risk - A Multidisciplinary Introduction**. Switzerland: Springer. 2014

LUCHMAN, Ligia H. K. & RODRIGUES, Jeferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, V. 12, n. 2, pp. 399-407, 2007

LUHMANN, Niklas. O conceito de risco; O futuro como risco, In: **Sociologia del riesgo**. Guadalajara: Walter de Gruyter Co., 1992.

LUHRMANN, Tania. M. **Of Two Minds. An anthropologist looks at American psychiatry**. Nova Iorque: Vintage books, 2001

MACEDO, Juliana L. Quando a ética se torna moral: considerações sobre o sistema CEP no Brasil. **Revista Mundaú**, n.2, p. 54-66, 2017.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. vol.17, n.49, pp.11-29. 2002

MAIA, Otávio F.L.C. & CUNHA, Marize B. Uma etnografia do espaço de cuidado. **Vivência: Revista de Antropologia**. V.1, n. 44 , pp.23-36. 2014.

MALUF, Sônia W. Biogitimacy, rights and social policies: New biopolitical regimes in mental healthcare in Brazil. **Vibrant, Virtual Braz. Anthr. [online]**. vol.12, n.1, pp.321-350, 2015.

_____. Criação de Si e Reinvenção do Mundo: Pessoa e Cosmologia nas Novas Culturas Espirituais no Sul do Brasil. **Antropologia em primeira mão**. UFSC, n.1, 1995.

_____. Peregrinos da Nova Era: itinerários espirituais e terapêuticos no Brasil dos anos 90. **Antropologia em Primeira Mão**, Florianópolis, pp.5-26.1995.

_____. Antropologia, Narrativas e a Busca de Sentido. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 5, n. 12, p. 69-82, dez. 1999

MALUF, Sônia W. & ANDRADE, Ana Paula M.. Cotidianos e trajetórias de sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. In: FERREIRA, Jaqueline & FLEISCHER, Soraya **Etnografias em Serviços de Saúde**. pp.33-56, 2014.

_____. Entre políticas públicas e experiências sociais: impactos da pesquisa etnográfica no campo da saúde mental e suas múltiplas devoluções. **Saude Soc**. vol.26, n.1, pp.171-182, 2017.

MALUF, Sônia Weidner & TORNQUIST, Carmen Susana (Orgs). **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

MANN, Jonathan ; TARANTOLA, Daniel. **AIDS in the World II**. New York: Oxford University Press, 1996.

MARCUS, Georg. E. Multi-sited Ethnography: Five or Six Things I Know About It Now. In: COLEMAN, S. & HELLERMANN, P. V.

(eds.) **Multi-Sited Ethnography: Problems and Possibilities in the Translocation of Research Methods**. New York and Abingdon: Routledge, pp. 16-34, 2011.

_____. Ethnography in/of the World System: The Emergence of MultiSited Ethnography Author(s): George E. Marcus. **Annual Review of Anthropology**, 24, 95-117. 1995

MARTINS, Paulo H. De Lévi-Strauss a M.A.U.S.S (Movimento AntiUtilitarista nas Ciências Sociais): Itinerários do Dom. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. 2008.

MAYOCK, Paula. ‘Scripting’ risk: Young people and the construction of drug journeys. **Drugs: education, prevention and policy**, 12(5), pp. 349–368.2005.

MENÉNDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(1):185- 208, 2003.

MERTEN, E. C., CWIK, J. C., MARGRAF, J., & SCHNEIDER, S. Overdiagnosis of mental disorders in children and adolescents (in developed countries). **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**. V.11,n. 5, 2017

MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. Disponível *online*: michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento. In. **Pesquisa qualitativa em Saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, pp.89-104, 2000

_____. Abordagem antropológica para a avaliação de políticas sociais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 25 (3) : 233-238, 1991

MINISTÈRE des Solidarités et de la Santé. **Éducateur spécialisé**. Fiche d'emploi. Publicado em 27/02/2014. Disponível em : <http://solidarites-sante.gouv.fr>

MITJAVILA, Myriam. O risco como recurso para a arbitragem social. **Tempo Social**, USP. Vol. 14, n. 2, pp. 129-145, 2002.

MOL, Annemarie. **The logic of care: health and the problem of patient choice**. Abingdon, Oxon: Routledge, 2008.

MOL, Annemarie; MOSER, Ingunn & POLS, Jeannette. Care :putting practice into theory. In : (EDS.) **Care in Practice : On Tinkering in Clinics, Homes and Farms**. Bielefeld: Transcript Verlag. pp. 7-26, 2010.

MOREL, Bénédicte A. **Traité des Dégénérescences Physiques, Intellectuelles et Morales de l'Espèce Humaine : et des causes qui produisent ces variétés malades**. Baillièrè : Paris, 1857.

MOURA, F. A.G.C. “Sapeca”, “Danado”, “Abobadinho”, “Distante”: Considerações antropológicas sobre o distúrbio de déficit de atenção e hiperatividade a partir de entrevistas com professoras de Florianópolis, SC. Trabalho de conclusão de licenciatura apresentado ao curso de graduação em Ciências Sociais. UFSC, 2014.

MOVIMENTO Nacional de Luta Antimanicomial. Disponível em <http://movimentonacionaldelutaantimanicomial.blogspot.com.br/>

MPSC - Ministério Público de Santa Catarina. Notícias. **Hospital Infantil: Estado se compromete a criar leitos psiquiátricos**. 21 de maio de 2014. Disponível em: <https://www.mpsc.mp.br/noticias/hospital-infantil-estado-se-compromete-a-criar-leitos-psiquiatricos>

NAKAMURA, Eunice; dos Santos, J.Q. Depressão Infantil: Abordagem Antropológica. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, SP. n. 41 (1), 2007.

NIETZSCHE, Friedrich. **A Gaia Ciência**. São Paulo: Companhia das letras, 368p. 2005.

NOVAES, Regina. R. Juventude e sociedade: jogos de espelhos. Sentimentos, percepções e demandas por direitos e políticas públicas. Sociologia especial: **Ciência e Vida**, 1(2), 6-15, 2007

OLIVEIRA, João. P. Pluralizando tradições e etnografias. Sobre um certo mal-estar na antropologia. **Cadernos do LEME**, Campina Grande , v.1, n.1, p.2-27, 2009

OLIVEIRA, Walter F. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental** - Vol.1 N.2 pp.48-61, 2009.

OLIVEIRA, William Vaz de. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 141-154, Mar. 2011

ONU - Organização das Nações Unidas. **Convenção Internacional sobre os direitos da criança**. Nova Iorque, 1989.

OMS - Organização Mundial da saúde . **Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones**. Centro de prensa, Nota descriptiva, Mayo de 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es>

_____. **Caring for children and adolescents with mental disorder**. Geneva, 2003, 31p.

_____. *Child and adolescent mental health policies and plans*. Geneva, 85p. 2005

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde (OMS). **Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros**. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso. Organização Mundial de Saúde — OMS Genebra, 27p., 2006

ORTNER, Sherry. Poder e projetos: reflexões sobre agência. In: GROSSI, Mirian Pilar, ECKERT, Cornélia, FRY, Peter Henry. (Orgs). **Conferências e Diálogos: saberes e práticas antropológicas**. Blumenau: Nova Letra, pp.45-80. 2007

PAULILO, Maria, A. S. & JEOLÁS, Leila, S. Jovens, drogas, risco e vulnerabilidade : aproximações teóricas. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 3, n. 1, p.39-60, jul./dez. 2000

PEIRANO, Mariza G. S.. Onde está a antropologia? **Mana**, Rio de Janeiro , v. 3, n. 2, p. 67-102, 1997

_____. Etnografia não é método. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 20, n. 42, p. 377-391, 2014

PELBART. Peter Pál. Desrazão e loucura. In: **Da Clausura do fora ao Fora da Clausura**. São Paulo: Ed. Brasiliense. 1989, pp. 21-57.

_____. Manicômio Mental - A outra face da clausura. In: Lancetti, A. (Org.) **Saúde loucura 2**. São Paulo: Hucitec, pp. 130-138. 1989

PEREIRA, Maria. F. S. Troca de Olhares: Oficina de Fotografia do CAPS II.. In: **Segundo Encontro Universitário de Saúde da Família/UFSC**, Florianópolis, 2006. Anais do 2º ENUSF.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Morel e a questão da degenerescência. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo , v. 11, n. 3, Sept. p. 490-496. 2008

PEREIRA, Karine Y. de L. & TEIXEIRA, Solange M. Redes e intersectorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 12, n. 1, p. 114 - 127, 2013

PERETTI-WATEL, Patrick, Une “Culture du Risque”? In. **Société du Risque**. Paris : La Découverte, pp. 20-44, 2010.

PÉREZ, Andrea L. Muertes silenciadas: Problemática del suicidio en los campesinos de La Unión (Antioquia). **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, v.32, n.2, pp.92-102, 2014.

_____.Cuerpos tatuados, “almas” tatuadas: nuevas formas de subjetividad en la contemporaneidad opción corporal y de vida. **Revista Colombiana de Antropología**. V.45, n.1,pp. 69-94, 2009

PIMENTEL, Spensy K. Entre nhemyrõ e vy'ae'y: interpretações sobre motivos e atitudes dos suicidas guarani-kaiowá . In. **Encontro Anual da ANPOCS** , 31º, 2007, Caxambu, MG. *Anais da 31º ANPOCS*. Disponível *on line*: <https://www.anpocs.com/index.php/papers-31-encontro/st-7/st03-6/2764-spensypimentel-entre/file>

PITTA, Ana Maria F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** 16(2):4579-4589, 2011.

PMF - Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Diagnóstico das áreas de interesse social**. Agosto, 2006. Disponível: http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/24_05_2010_17.26.43.563188c89583efcf3b79164708b3cd5c.pdf

PUSSETTI, Chiara. Uma antropologia da interface: políticas públicas e assistenciais em perspectiva comparativa. *Saúde e Sociedade*. vol.23, n.1 , pp.12-16. 2014.

RABINOW, Paul; LAKOFF, Andrew & COLLIER, Stephen. Biosecurity Towards an anthropology of the contemporary. **Anthropology Today**, vol. 20, n. 5, pp. 3-7. 2004.

RIBEIRO, Fernanda B. Governo dos adultos, governo das crianças Agentes, práticas e discursos a partir da “lei da palmada”. **Civitas**. Porto Alegre v. 13 n. 2, p. 292-308. 2013.

RIFIOTIS, Theophilos; VIEIRA, Daniele & DASSI, Tatiana. Judicialização das relações sociais entre jovens cumprindo medida socioeducativas em Santa Catarina. **Anuário Antropológico**, Brasília, v. 41, n. 1, pp. 35-55, 2016.

ROSA, Eugene A. ; RENN, Ortwin & Mc RIGTH, Aaron M. Sketching the Contemporary Era In. *The Risk Society Revisited: Social Theory and Risk Governance*, Philadelphia: Temple University Press, pp. 1–10, 2014.

ROSE, Nikolas. Governing risky individuals: The role of psychiatry in new regimes of control. *Psychiatry Psychology and Law*. 5(2):177-195 , Nov. 1998

ROSEMBERG, Fúlvia & MARIANO, Carmen L.S. A convenção internacional sobre os direitos da criança: debates e tensões. **Cadernos de Pesquisa**, v.40, n.141, p.693-728, set./dez. 2010.

ROTELLI, Franco *et al.*. **Desinstitucionalização: uma outra via.** São Paulo: HUCITEC. 1990.

ROUDINESCO, Elisabeth. A sociedade depressiva. In. **Por que a psicanálise.** Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 2000.

ROUSSEAU, Jean-J. **Emílio ou da educação.** 1762. São Paulo: Difusão Européia do Livro. 2ªed. 1973.

RUSSO, Jane. **O mundo PSI no Brasil.** Rio de Janeiro, Zahar, 90p. 2002

RUSSO, Jane & VENÂNCIO, Ana T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSMIII. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, IX, 3, pp. 460-483, 2006

SAEZ, Oscar. **Esse obscuro objeto da pesquisa: um manual de método, técnicas e teses em antropologia.** Edição do autor, online, 2013

SALEM, Tania. **O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária.** Rio de Janeiro: Editora FGV. 232pp. 2007

SANTOS, Leila .Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil.**Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 315-321, mai./ago. 2006

SARTI, Cíntia. Corpo, violência e saúde: a produção da vítima. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 1, p. 89-103, 2009.

SCHUCH, Partrice. Uma lei moderna X uma cultura tradicional: notas sobre reformulação do campo de atenção à infância e juventude no Brasil. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais.** V. 2, n.4, pp. 73-84. 2010

_____. Como a família funciona em políticas de intervenção social? **Cívitas**, Porto Alegre, v. 13, n.2, p.309-325, 2013

SHAKESPEARE, W. As You Like It. ActI, Scene VII. The forest. In: **First Folio**, pp. 186. 1623.

SILVA, Antonio G. da S. Análise da ABP sobre a internação compulsória para dependentes químicos em São Paulo. *Portal eletrônico da Associação Brasileira de Psiquiatria*. Publicado em janeiro de 2013.

SILVA, Carla R. & LOPES, Roseli E. Adolescência e Juventude: Entre Conceitos e Políticas Públicas. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos. v. 17, n.2, p 87-106, 2009.

SILVEIRA, Maria Lúcia. **O Nervo Cala, o Nervo Fala: A Linguagem da doença**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2000

SLOVIC, P. Perception of risk. **Science**. Vol.236, pp. 280-28. 1987.

SIMMEL, Georg. A metrópole e a vida mental. Trad. de Sérgio Marques dos Reis. In. VELHO, Gilberto. **O Fenômeno Urbano**. Ed. Zahar, 2ed , pp. 11-25. 1973

SIMON, Hebert A. **Comportamento administrativo: estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas**. Rio de Janeiro: FGV, 1965

SINGER, Paul. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1978.

SOUZA, Edinilsa R.; MINAYO, Maria C. de S. & MALAQUIAS, Juaci V. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. **Cadernos de Saúde Pública** v.18, n.3, pp.673-683, 2002.

SOUZA, Rosinaldo S. Direitos humanos através da história recente em uma perspectiva antropológica. In. NOVAES, Regina R. & LIMA, Roberto K. (Orgs.) **Antropologia e Direitos Humanos**. Niterói: Ed. UFF. pp. 47-80. 2001

TAÑO, Bruna L. & MATSUKURA Thelma S. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cadernos de Terapia Ocupacional**. UFSCar, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439-447. 2015.

TENÓRIO, Fernando. A Reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro. 2002.

THIOLENT, Michel. O Processo de Entrevista. In: **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo, Pólis, pp.79-99, 1981.

THOITS, Peggy A. Self-labeling Processes in Mental Illness: The Role of Emotional Deviance. Princeton University , **American Journal of Sociology**, v.91, n.2, pp.221-249, 1985

THUILLEAUX, Michel. Sur quelques fondements historiques et philosophiques du secteur en psychiatrie , **Sud/Nord** 1 (no 21) , p. 89-101. 2006

TONELLI, Pedro A. **Um Minicurso sobre Teoria dos Jogos**. Departamento de Matemática Aplicada Instituto de Matemática e Estatística USP setembro de 2006. Disponível : <https://www.ime.usp.br/~tonelli/mae515/minislides1.pdf>

TOREN, Christina, & VILLALOBOS, André. Antropologia e psicologia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.27, n.80, pp. 21-36, 2012

TORRES, Aline. **Hospital Infantil está em situação precária e MP determina providências**. Notícias do Dia. Março, 2012. Disponível em <https://ndonline.com.br/florianopolis/noticias/hospital-infantil-esta-em-situacao-precaria-e-mp-determina-providencias>

TROIS, João F. de M. A cura pelo espelho - uma leitura antropológica do dispositivo terapêutico dos grupos de auto-ajuda de neuróticos anônimos. In. **Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais - ANPOCS**. 22. 1998.

TRONTO, Joan C. Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose. **Ethics and Social Welfare**. V. 4, n. 2, pp. 158-171. 2010

TURNER, Victor, **The Ritual Process: Structure and Anti-Structure**. Chicago: Aldine Publishing Co., 1969. Trad. Bras. Nancy Campi de Castro. Petropolis: Vozes, 2013.

UNICEF -Fundo das Nações Unidas para a Infância(ed.). **Participação Cidadã de Adolescentes e Jovens**. 2015. Disponível em: http://juventude.gov.br/articles/participatorio/0009/4992/participacao_cidadada2015.pdf

VAN GUENNEP, Arnold. [1909]. *The Rites of Passage*. Chicago: Phoenix Books/University of Chicago Press. (Tradução brasileira: **Os Ritos de Passagem**, Petrópolis, R.J. Vozes, 1978

VARGAS, Eduardo Viana. Uso de drogas: a alter-ação como evento. **Revista de Antropologia**. Vol.49, n.2, pp.581-623. 2006.

VELHO, Gilberto. **Projeto, emoção e orientação nas sociedades complexas**. *Rio de janeiro: A natureza das sociedades complexas*. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

_____. **Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas** (3a ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003

WACQUANT, Loic. **Corpo e Alma: Notas etnográficas de um aprendiz de boxe**. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 2002.

WAISELFISZ, Julio J. **Mapa da violência 2011: os jovens no Brasil**. São Paulo : Instituto Sangari ; Brasília, DF : Ministério da Justiça, 2011.

WEDEL, J. R.; SHORE, C; FELDMAN, S.; LATHROP, S. Toward an Anthropology of Public Policy. **The Annals os the American Academy of Political and Social Science**, 2005.

WESTIN, Ricardo. Agência Senado. **Crianças iam para a cadeia no Brasil até a década de 1920**. Publicado em jul 2015, Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2015/07/07/criancas-iam-para-a-cadeia-no-brasil-ate-a-decada-de-1920>

WHO - World Health Organization: Centro de mídia. *Depressão*. Ficha n. 369, outubro, 2012. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

WINANCE, Myrian. Rethinking disability: Lessons from the past, questions for the future. Contributions and limits of the social model, the

sociology of science and technology, and the ethics of care. **ALTER - European Journal of Disability Research**, v.10, n.2, pp. 99-110. 2016

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Tese de doutorado (Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz). Rio de Janeiro, 2006.

YATES-DOERR, Emily. Care: Provocation. **Cultural Anthropology website**, March 17, 2014. Disponível: <https://culanth.org/fieldsights/497-care-provocation>

YOUNG, Allan. **The harmony of illusions: inventing post-traumatic stress disorder**. Princeton University Press, pp. 327, 1995.

_____. Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology. **American Anthropologist**. V.78, n.1, pp.5-24. 1976

ZACHMANN, Karin Risk in Historical Perspective: Concepts, Contexts, and Conjunctions. In. KLUPPELBERG, Claudia; STRAUB, Daniel & WELPE, Isabell. (Eds.) **Risk - A Multidisciplinary Introduction**. Switzerland: Springer., pp. 3-36. 2014

ZAPATA, Cláudia L. R. **Empujados por su própria mano: Una perspectiva antropológica del suicidio en el municipio Yarumal Antioquia**. Tese de doutorado. Departamento de Antropología Facultad de Ciencias Sociales y Humanas Universidad de Antioquia Medellín, 2013.

ZENGIN, Asli & SEHLIKOGLU, Sertaç. Introduction: Why Revisit Intimacy? **Cambridge Journal of Anthropology**. Vol. 33: 2. 2015

ZIZEK, Slavoj. Adagio ma non troppo e molto espressivo. In. **Violência: seis reflexões laterais**. São Paulo: Boitempo, pp.23-44. 2014

ANEXO A - ROTEIRO DE ENTREVISTAS

1. Nome, onde mora, profissão dos pais, número de irmãos.
2. Como foi a situação da chegada no CAPSi (encaminhamentos, outros serviços freqüentados previamente)?
2. Quais as atividades que faz no CAPSi e fora dali?
3. Toma algum medicamento?
4. Além do tratamento no CAPSi, freqüenta outros espaços, possui ou já experimentou outros recursos para aplacar o mal-estar?
5. Como percebe e nomeia a perturbação?
6. Avalia que o tratamento no CAPSi tem ajudado? Como?
7. Planos para o futuro, outras motivações e interesses.

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(de acordo com a Resolução CNS nº 466/12)

Você, familiar ou responsável legal de adolescente com suspeita de diagnóstico ou sintomas de depressão, está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa intitulada “Políticas Públicas e Experiências sociais relacionadas à depressão entre jovens de Florianópolis.” Ela será realizada pela doutoranda Maria Fernanda Salvadori Pereira, do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGAS/UFSC), sob a orientação da Prof^ª. Dra. Sônia Weidner Maluf (PPGAS/UFSC).

Os objetivos da pesquisa são analisar as concepções e práticas que vem sendo desenvolvidas em torno do diagnóstico de depressão no contexto do serviço público de saúde da região de Florianópolis. Para isso pesquisaremos tanto os agentes públicos envolvidos nessa demanda, como também as experiências daqueles que normalmente são objeto dessas ações: os jovens com suspeita de “depressão”.

Datas de realização: entre janeiro de 2015 e maio de 2016.

Metodologia: Consiste na observação participante em serviços de saúde aptos a atender e diagnosticar a depressão juvenil, como o CAPSi,

hospitais e postos de saúde; ou ainda, locais que desenvolvam projetos voltados à prevenção ou promoção à saúde mental juvenil. Além da observação participante serão realizadas entrevistas abertas a fim de investigar as formas de diagnóstico, itinerários terapêuticos e experiências pessoais relativas à temática de estudo.

As identidades serão mantidas em sigilo absoluto e não serão utilizados nos relatórios e nas eventuais publicações com os resultados, nenhuma informação que possa identificar os (as) participantes dessa pesquisa.

Essa pesquisa oferece risco mínimo, de constrangimento pessoal. Mas ressalta-se que a sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá implicar em qualquer penalidade. Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Os resultados estarão à sua disposição quando a pesquisa estiver finalizada e o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

Professora Orientadora: Sônia Weidner Maluf - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, na UFSC.

Endereço eletrônico e telefone: maluf@cfh.ufsc.br(48) 3721-4138

Pesquisador: Maria Fernanda Salvadori Pereira

Endereço eletrônico e telefone: antropomaria@gmail.com (48) 9144-8090

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA NOS TERMOS COLOCADOS NO PRESENTE DOCUMENTO, EMITIDO EM DUAS VIAS, UMA QUE FICARÁ COM VOCÊ E OUTRA COM O PESQUISADOR.

_____	_____	_____
Nome	Data	Assinatura do
Responsável		
_____	_____	_____

Pesquisador	Nome	Data	Assinatura do
-------------	------	------	---------------

ANEXO C -TERMO DE ASSENTIMENTO
(de acordo com a Resolução CNS n° 466/12)

Este documento é um convite para participar da pesquisa: “Políticas Públicas e Experiências sociais relacionadas à “depressão” entre jovens de Florianópolis”. A pesquisa acontecerá na forma de uma conversa, onde será pedido que você fale sobre as coisas que gosta/não gosta, sobre a sua vida e seus sentimentos.

Esta pesquisa será feita por: Maria Fernanda Salvadori Pereira, estudante do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGAS/UFSC). A orientadora desta pesquisa é a Prof^a. Dra. Sônia Weidner Maluf (PPGAS/UFSC).

A pesquisa tem como objetivo estudar as práticas que vem sendo desenvolvidas em torno da suspeita de diagnóstico de “depressão”, no serviço público de saúde de Florianópolis e será realizada entre janeiro de 2015 e maio de 2016.

O método utilizado na pesquisa é a observação participante em serviços de pública que desenvolvam algum projeto relacionado à saúde

mental juvenil. Além da observação, serão realizadas entrevistas abertas desenvolvidas na forma de uma conversa, para investigar as formas de diagnóstico, alternativas de tratamento e as experiências pessoais daqueles que de maneira direta ou indireta vivenciam esse mal-estar.

As identidades serão mantidas em sigilo absoluto. Com isso você está seguro que tudo o que for registrado para essa pesquisa: falas, desenhos, gravações; não aparecerá com o seu nome. Você também não será identificado nos relatórios, publicações e nenhum outro meio, que permita que alguém na sua escola ou vizinhança, por exemplo, possa identificá-lo. Para isso substituiremos seu nome por outro, falso.

Essa pesquisa não oferece riscos. Mas lembramos de que é você quem decide se quer ou não participar dela. Caso não se sinta confortável em participar, nem você e nem sua família serão penalizados. E caso não tenha entendido alguma coisa sobre essa pesquisa você poderá sempre nos perguntar que nos esforçaremos para lhe explicar melhor.

Caso aceite participar da pesquisa e mais tarde, por algum motivo, se arrependa de ter participado, você poderá desistir entrando em contato conosco. Ao final da pesquisa você poderá ter acesso a tudo o que for escrito. E tudo aquilo que for resultado da sua participação não será liberado sem a sua permissão.

Professora Orientadora: Sônia Weidner Maluf - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social;UFSC.

Endereço eletrônico e telefone: maluf@cfh.ufsc.br(48) 3721-4138

Pesquisadora: Maria Fernanda Salvadori Pereira

Endereço eletrônico e telefone: antropomaria@gmail.com (48) 9144-8090

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA NOS TERMOS COLOCADOS NO PRESENTE DOCUMENTO, EMITIDO EM DUAS VIAS, UMA QUE FICARÁ COM VOCÊ E OUTRA COM O PESQUISADOR.

Nome	Data	Assinatura do
participante		

Nome	Data	Assinatura do
Pesquisador		