



ADOLESCENTES EM USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: SUJEITO DE LUGAR NENHUM

Maria de Fátima Pereira de Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/my-orcid?orcid=0000-0003-4479-7640>.

E-mail: maria.carvalho12@hotmail.com.

Ana Carolina Peixoto do Nascimento

ORCID: orcid.org/0000-0002-2051-7838.

E-mail: ana.carol57@hotmail.com.

Resumo: Esta pesquisa teve como objetivo compreender como é realizada a oferta de cuidado em saúde mental para adolescentes em uso abusivo de álcool e outras drogas no CAPS AD III em Palmas – TO. Para tal, realizou-se uma pesquisa qualitativa utilizando entrevistas semiestruturadas junto aos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar neste serviço. Para análise dos dados, optou-se pela Análise Temática de Bardin, evidenciando que a oferta de cuidado é individualizada, com ênfase no cuidado médico e psicológico. Além disso, foi constatado inexistência de um fluxo ou planejamento para atendimento da demanda dos adolescentes em uso abusivo de álcool e outras drogas. O estudo indicou também fragilidade no trabalho em rede, com centralização no CAPS AD, o que dificulta o trabalho interdisciplinar e a materialização da clínica ampliada. Por fim, a principal barreira para se trabalhar de forma intersetorial elucidada por este estudo está na heterogeneidade de campos discursivos acerca da adolescência e a dificuldade de escuta do próprio sujeito adolescente. É emergente que o CAPS, como serviço ordenador do cuidado em saúde mental, assuma seu lugar na mesa e convide os setores de cuidado para construção dessa rede intersetorial e, assim, se constitua o campo discursivo da rede e não de setores isolados.

Palavras-chave: Adolescência. Álcool e outras Drogas. Cuidado em saúde mental

ADOLESCENTS IN ABUSIVE USE OF ALCOHOL AND OTHER DRUGS: SUBJECT OF NOWHERE

Abstract: This research aimed to understand how mental health care is provided for adolescents who abuse alcohol and other drugs at CAPS AD III in Palmas, TO. To this end, qualitative research was carried out using semi-structured interviews with professionals who make up the multidisciplinary team in this service. For data analysis,

Bardin's Thematic Analysis was chosen, showing that the provision of care is individualized, with an emphasis on medical and psychological care. Furthermore, the demand for care for adolescents at CAPS AD III goes through the formulation of demands from the Socio-Educational Service Center, and not from the adolescents. The study also indicated a weakening in networking, with centralization in CAPS AD, which makes interdisciplinary work and the materialization of the expanded clinic difficult. Finally, the main barrier to working in an intersectoral way elucidated by this study is due to the heterogeneity of discursive fields regarding adolescence, and the difficulty in listening to the adolescent subject himself. It is emerging that CAPS, as a service that organizes mental health care, takes its place at the table and invites the care sectors to build this intersectoral network and, thus, build the discursive field of the network and not of isolated sectors.

Keywords: Adolescence. Alcohol and other drugs. Mental health care.

Introdução

A adolescência, tal como é experimentada na contemporaneidade, foi histórica e socialmente construída. Sua compreensão passou por diferentes transformações ao longo dos anos, adquirindo significado a partir do momento histórico, econômico, cultural, social e ético de cada sociedade. Somente a partir do século XX, foi definida como um estágio de vida separado no ocidente, emergindo e dando lugar ao fenômeno da adolescência (ARIÉS, 1978; PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Desse modo, o sujeito adolescente, imerso no meio social e cultural, moldará as características, o sentimento e a noção do eu; isto é, um sujeito que está situado no seu tempo histórico e que terá sua constituição psíquica determinada por essa condição (BOCK, 2007; FURTADO, 2002). Mas apesar de ter se delineado o seu reconhecimento enquanto sujeito no século XX, a preocupação com a saúde mental não se fazia presente.

A temática saúde mental para crianças e adolescentes foi inserida na agenda de políticas públicas no Brasil, ainda que de forma incipiente, somente no século XXI. Desponta a partir das mudanças de paradigmas nas décadas de 80 e 90, com a promulgação da Constituição Federal, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – legislações que inauguraram a doutrina de proteção às crianças e adolescentes, reconhecendo-os como sujeitos de direito, em condição peculiar de desenvolvimento. Embora admitidos todos esses avanços, a pauta de saúde mental de crianças e adolescentes começou a ser discutida somente a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001 (COUTO; DELGADO, 2015; BRAGA; D'OLIVEIRA, 2019; COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Isto posto, no que tange ao abuso de substâncias, a efetivação do direito de acesso à saúde se dá através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) “para pessoas com sofrimento ou

transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”, instituída pela Portaria n.º 3.088/2011 (BRASIL, 2011, não paginado), que dentre os seus objetivos específicos preveem: promover cuidados em saúde, especialmente para grupos mais vulneráveis; prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas. A referida portaria instituiu os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). Contudo, em sua ausência, crianças e jovens devem ser atendidos em qualquer outra modalidade de CAPS, incluindo os CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas), objeto de estudo deste trabalho (BRASIL, 2011; BRASIL, 2002; GALHARDI; MATSKURA, 2018).

Os CAPS são serviços ambulatoriais com funcionamento segundo a lógica do território. A assistência prestada ao paciente inclui atividades diversas, as quais visam a reabilitação psicossocial, cita-se: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social); atendimento em oficinas terapêuticas; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias com foco na integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011).

No que diz respeito ao uso de álcool e outras drogas entre adolescentes, é relevante o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Públicas e Privadas de Ensino, conduzido pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), no ano de 2010, que contou com amostra de 50.890 estudantes, sendo 31.280 da rede pública de ensino e 19.610 da rede particular, de todas as capitais do país. Em relação ao gênero, 51,2% eram do sexo feminino e 47,1% masculino. Houve predomínio da faixa etária de 13 a 15 anos. Deste universo, 25,5% dos estudantes responderam terem feito *uso na vida* de alguma droga (exceto álcool e tabaco); 10,6% referiram *uso no último ano*, e 5,5% *uso no último mês* (CARLINI *et al.*, 2010).

Neste levantamento, Palmas–TO contou com amostra de 1.593 estudantes, sendo 768 da rede pública e 825 da rede particular, com predomínio de faixa etária de 13 a 15 anos. Destes, 28,9% afirmaram ter feito uso na vida, enquanto 9,7% referiram uso no último ano e 4,7% no mês (CEBRID, 2010). Esses números demonstram prevalência de uso de álcool e outras drogas entre os adolescentes, o que aponta um cenário preocupante em termos de saúde pública.

Além disso, para Silva, Oliveira e Pachú (2021), o uso abusivo de álcool e outras drogas nessa fase de desenvolvimento traz diversas consequências no contexto de aprendizagem do adolescente, como absenteísmo, abandono e fracasso no ambiente escolar; também, o isolamento social e o desenvolvimento de transtornos mentais.

Apesar destes números e seus reflexos, a literatura sobre o consumo de álcool e outras drogas na adolescência tem centrado na análise das consequências nocivas à saúde, sendo escassa a produção de estudos que permitam uma compreensão ampliada do fenômeno e abordem a assistência em saúde. Deste modo, evidencia-se a necessidade de abordagens sistêmicas e complexas, centradas no reconhecimento das especificidades desses períodos da vida e nas possibilidades de acolhimento, vinculação e escuta, à altura da relevância do tema nos cenários nacional e internacional (CONCEIÇÃO *et al.*, 2018).

Ademais, observa-se uma escassez de publicações de propostas e relatos de experiências no que diz respeito à oferta de cuidado/tratamento em saúde mental para adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Assim, faz-se necessário a realização de pesquisas que auxiliem na compreensão desse cenário. Esta pesquisa tem como objetivo geral compreender como é realizada a oferta de cuidado em saúde mental para adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas no CAPS AD III em Palmas–TO.

Método

Esse artigo é resultado da pesquisa de conclusão de residência pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (PRMSM) da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas–TO. Trata-se de um estudo de caráter qualitativo e exploratório, e teve como contexto de coleta de dados o CAPS AD III do município de Palmas–TO. Foram entrevistados oito profissionais, seis efetivos e dois residentes do PRMSM, no período de agosto a setembro de 2023, que exercem a função de técnico de referência no serviço. A entrevista foi guiada por um roteiro semiestruturado elaborado pela pesquisadora, abarcando perguntas sobre fluxo de atendimento do serviço para os atendimentos dos adolescentes, plano de cuidado ofertado, atividades em grupo, serviços da RAPS que atendem adolescentes com essas demandas.

O presente estudo aderiu integralmente aos procedimentos estipulados pela Resolução CNS n.º 466/12 (BRASIL, 2013), a qual regulamenta a condução de pesquisas envolvendo seres humanos, bem como à Resolução CNS n.º 510/2016, a qual normatiza especificamente

pesquisas no âmbito das Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016). Destaca-se que o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número CAAE 70171423.0.0000.9187.

Considerando as entrevistas, para resguardar o sigilo dos participantes e evitar identificação, foram nomeados os profissionais efetivos (E) e residentes (R), seguidos de um número de 1 a 8, em ordem aleatória, a fim de diferenciar as falas. Para contribuir com a análise das entrevistas, utilizou-se dos diários de campo da pesquisadora. Essa ferramenta proporciona aproximar o leitor do “território afetivo, pelo eco das memórias, falas, gestos” (PEZZATO *et al.*, 2019, p. 37) presentes no campo de pesquisa. Ademais, contribui como instrumento de autoanálise do pesquisador, pois a inserção em campo implica um questionamento das próprias práticas e modulação das mesmas a partir do encontro com o objeto de pesquisa.

Para análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin (2010). Segundo a autora, o principal objetivo do método é analisar o que foi dito em meio a uma investigação, possibilitando construir e apresentar concepções acerca do objeto de estudo. Para isso, seguem-se as etapas descritas pelo método: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Referente à primeira etapa, foi realizada a leitura do material coletado para análise. Na segunda etapa foi realizada a tabulação, que consiste numa agregação das temáticas semelhantes em núcleos de sentido. A partir disso, realiza-se a codificação pelas quais emergem as categorias representativas dos núcleos de sentido, sendo elas: cuidado aos adolescentes em privação de liberdade; ofertas de cuidado; articulação intersetorial: sujeito de lugar nenhum.

Resultados e discussão

Cuidado aos adolescentes em privação de liberdade

“É sempre tenso, primeiro pela forma como são trazidos, acompanhados pelos agentes, algemados e com escolta armada. Desestabiliza quem atende e quem está aguardando atendimento. A recepção anuncia ao profissional responsável pelo acolhimento do dia. Este sai para o acolhimento e, via de regra, quando retoma, pergunta-se por qual ato infracional o mesmo cumpre a medida. Não se pergunta pelo sujeito. Sua história. Seus sonhos. Seus anseios.” (Trecho do Diário de Campo, 24 maio 2022).

A respeito dos atendimentos de adolescentes no CAPS AD, foi constatado que em sua maioria estão cumprindo medidas socioeducativas no Centro de Atendimento Socioeducativo (CASE). Reafirmando o caráter de proteção integral de crianças e adolescentes, o ECA prevê seis modalidades de medidas socioeducativas que podem ser aplicadas aos adolescentes que cometeram algum ato infracional, a saber: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, semiliberdade e internação. Essas medidas têm como objetivos: responsabilização do adolescente quanto aos seus atos, incentivando que se faça reparação; integração social do adolescente e a garantia dos seus direitos, por meio do cumprimento do seu plano individual de atendimento; e desaprovação da conduta infracional (BRASIL, 1990).

Faz-se importante lembrar que os casos de internação devem considerar o princípio da brevidade, pois Rissato, Arcoverde e Alves (2021) explicam que a privação de liberdade prolongada desconecta o indivíduo da sua vida cotidiana, dos desafios e dificuldades concretas, processo este que dificulta a reinserção social, como também de acesso à gestão de suas necessidades e desejos. Outrossim, inspeção realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), com finalidade de conhecer a realidade das unidades de medida socioeducativa no Brasil, concluiu que os adolescentes são submetidos a privação de respeito, dignidade, privacidade e integridade física, moral e psicológica, no qual seu fim último é a desumanização do tratamento (CFP; OAB, 2006).

No que diz respeito ao atendimento destes adolescentes no CAPS AD, os profissionais relataram dificuldade na efetivação do trabalho com este público por estarem em privação de liberdade, expressando que essa condição impossibilita a continuidade no cuidado e limita o rol de oferta de intervenções, como demonstrado nas falas:

“Hoje, a gente trabalha mais com o CASE, né? E que é mais individualizado, uma perspectiva individualizada, né? Mas com um acompanhamento específico, né? Com uma demanda mais específica, assim, né? Que eles não têm condições de trazer um coletivo, né? Pelas questões de logística, né? Então, a gente acaba se adaptando a essas situações, né?” (E,2).

“[...] Quando o paciente é transferido, a gente não sabe. A gente entra em contato pra saber o motivo que faltou nas psicoterapias. Aí a gente sabe, depois de realizar a busca ativa.” (E,3).

“Muitos dos adolescentes que são atendidos aqui são demandas vindas do CASE. E no CASE, esses adolescentes não podem participar de grupos, porque eles vêm ao serviço de forma individual, eles vêm com a equipe do sistema. Então, isso também

já foi discutido e isso acaba dificultando essa oferta de grupos. Então, para esse público específico do CASE, existe esse impedimento dos grupos, mas poderia ser ofertado para o grupo e para os adolescentes que não são encaminhados pelo CASE” (R,7).

A respeito do atendimento ao adolescente em conflito com a lei, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), estabelecida pela Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014, no Artigo 12, orienta que “a atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade será realizada, prioritariamente, na Atenção Básica, responsável pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2014a, não paginado). De modo que, se houver equipe dentro da unidade socioeducativa, a equipe da Atenção Primária de Referência irá promover a articulação para a inserção do adolescente na rede de saúde.

Relacionado a saúde mental, a referida política propõe que a equipe de atenção básica poderá ser acrescida de profissionais de saúde mental, a saber: médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro ou terapeuta ocupacional, de modo que o número de profissionais dependerá da quantidade de adolescentes assistidos. Para a implementação, contará com a participação conjunta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios onde se localizar a unidade socioeducativa.

Contudo, pesquisa realizada por Costa e Silva (2017) revelou que o tratamento dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa acontece internamente (unidade socioeducativa) ou em alguma modalidade de CAPS, de modo que não encontraram registro de acompanhamento na Atenção Primária à Saúde (APS). Isso demonstra fragilização na adesão à PNAISARI.

Na esteira dessa discussão, é importante marcar que, apesar de necessário, o tema que versa sobre saúde mental e adolescentes privados de liberdade é marcado por lacunas de produção acadêmica, de forma que dificulta delimitar quais são as contribuições do SUS para essa oferta. A esse respeito, existe uma tendência nos estudos nacionais, quanto nos internacionais, em dar ênfase a partir da descrição de prevalência de transtornos mentais. Por outro lado, carece de produção que mostre/compartilhe experiências da efetivação do cuidado/manejo aos transtornos e como isso se dá a partir de articulação na RAPS (GAMA, 2017; ARÊAS NETO; CONSTANTINO; ASSIS, 2017).

Nesta direção, as respostas dos entrevistados corroboram com outras pesquisas (COSTA; SILVA, 2017; PICOLLI; ARRUDA, 2023) que demonstraram que a solução à demanda de saúde mental têm sido medicalização e psicologização da demanda. Aqui, a categoria analítica medicalização compreende o ato de tornar um problema, individual ou coletivo, em explicação médica, no qual o tratamento ofertado é a intervenção deste profissional (COSTA; SILVA, 2017). Por sua vez, psicologização é o processo de tornar os acontecimentos da vida social do sujeito, o seu cotidiano, as relações que ali se estabelecem em explicações psicológico-existenciais. De forma que as relações de opressão e exploração são atribuídas ao território psíquico, portanto, interior ao sujeito (COIMBRA; LEITÃO, 2003).

Ademais, a oferta de atendimento em saúde para adolescentes privados de liberdade é permeada de desafios, estigmas e preconceitos, uma vez que esse adolescente rompeu com o contrato social, bem como as normas e as regras estabelecidas pelo corpo social (BOAS; CUNHA; CARVALHO, 2010). O atendimento perpassa a subjetividade dos profissionais que o realizam. Eles, muitas vezes, de forma involuntária, reproduzem preconceitos e demonstram compreensão da realidade baseados no discurso social que desumaniza esses adolescentes (RISATO; ARCOVERDE; ALVES, 2021).

Para romper com este ciclo de preconceitos e estigmas, a doutrina de proteção integral prevê que os serviços de saúde mental infanto-juvenil devem assumir “uma função social que extrapola o fazer meramente técnico do tratar, o que inclui ações como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos e melhorar a qualidade de vida das pessoas” (BRASIL, 2005, p. 28). Para tanto, é necessário ir além do receber a demanda e empreender esforços na desconstrução/reconstrução dos discursos sobre esse grupo.

Contudo, os profissionais expressam a não existência de um fluxo para atendimento desta demanda, ou planejamento para tal, e as ações se limitam ao fazer técnico, de modo que o atendimento é realizado em resposta à demanda produzida pelo CASE. Frente a isso, questiona-se: se os adolescentes não tivessem a obrigatoriedade de estarem ali, eles estariam? A ausência de adolescentes que não estão inseridos no sistema socioeducativo, oferece pistas a essa pergunta. Não é objetivo falar pelos adolescentes e dizer o que é ou não melhor para eles, mas abre-se espaço para essa reflexão.

“Até o momento, um fluxo específico, não. Estruturado um protocolo, não existe, né? Existe um fluxo mental, de quê? De reduzir a permanência do adolescente no espaço em que contém outras pessoas que não são da mesma faixa etária que eles.” (E,1).

“Não, até onde eu sei, não tem um fluxo específico, mas tem alguns cuidados que são tomados quando existe um atendimento para adolescente, como adolescente. No caso, os grupos, não é permitido que os adolescentes participem de grupo com outras pessoas que são maiores de idade. Agora, algo específico, não, seria só uma recomendação.” (R,7).

“Não tem assim uma linha específica para trabalhar. Não, esse aqui é para adolescentes. Nós temos grupos específicos para adolescentes? Não. A gente trabalha, o que temos a gente vai adaptar e adequar a essa faixa etária, né? Essa população, esses usuários.” (E,4).

Frente a não existência de fluxo específico para atendimento aos adolescentes, abre-se espaço para lembrar que não existe fluxo definido pelo Ministério da Saúde, orientando como devem acontecer os atendimentos, ficando a critério de cada município organizá-lo segundo a sua demanda. Tal inexistência evidencia a categoria exclusão/inclusão proposta por Sawaia (2008), em que ambas constituem par indissociável.

Tomo essa definição emprestada para pensar como a inserção desses adolescentes no serviço se dá via exclusão do convívio social, para o qual se prevê inclusão em serviços garantidos por um aparato jurídico. Contudo, no corpo e no discurso social deste serviço, estes sujeitos permanecem na existência de não lugar, na exclusão, ainda que incluídos como corpos biológicos nos quais incidirão intervenções, mas que não é significado e permitido pertencer.

Nessa linha de reflexão, o pertencimento encontra o obstáculo da própria condição de internação a que está submetido e também pelo discurso de que estes adolescentes precisam ser protegidos dos adultos que por ali circulam, os quais poderão influenciá-los negativamente.

[...] Então, isso é uma falha, né? Nós não temos esse lugar em que o adolescente vem e ele convive com outros adolescentes e que ele interage com outros adolescentes. Não, a gente tem um lugar em que é adulto, lugar de adultos, né? Não está previsto nesse serviço o atendimento com adolescentes, né” (E,2).

“Não, no momento não, porque as preceptoras explicaram para a gente que eles não podem se misturar com os outros usuários. Só se fosse só eles do CASE, mas não tem uma oficina terapêutica com eles.” (R,6).

“Eu não posso misturá-lo com outras pessoas que têm outros comportamentos, talvez com mais experiência, entendeu? Que possa estar prejudicando ele ou em vez de ele estar vindo aqui, os pais deixando ele aqui para ele fazer uma tarde de acolhimento diurno aqui, por exemplo, ele está se envolvendo e saindo aqui com mais conhecimento para aquilo que não é o ideal para a gente.” (E,4).

No entanto, é uma adolescência privada do convívio com seus pares, visão fortalecida pelo discurso social que oferece risco de influências negativas.

“Eu acredito que é um público que existe, existe a demanda e que acho que é importante que tenha um olhar voltado para esse público, com ações específicas dentro das possibilidades, mas eu acho que cabe ao serviço, à oferta desses serviços. É isso, acho que tem que ser pensado, discutido e até dentro do próprio CAPS, quando se fala do CAPSi, existe uma polêmica com relação a esse atendimento para os adolescentes que fazem uso de substâncias, vai ser junto com os outros adolescentes, como que vai funcionar, então acho que isso é algo que precisa ser pensado pela rede também.” (R,7).

A colocação aponta a necessidade de discutir esse aspecto, o qual nomeia polêmico. Como a RAPS de Palmas tem discutido e planejado o atendimento a esses adolescentes? Uma vez que, na iminência de inauguração do CAPSi, serviço destinado ao atendimento de crianças e adolescentes, não está sendo pautado como será realizado o atendimento de adolescentes em uso de substâncias psicoativas, mas sim sua impossibilidade. Se por um lado existe o discurso de que esses adolescentes são más influências para seus pares, propõe-se a reflexão contrária: pode a convivência e a troca afetiva provocar mudanças de comportamento e projetos de vida?

É preciso propor intervenções para além da tríade adolescentes-substância psicoativa-atos infracionais, atividades que tornem possível a responsabilização subjetiva, para além da responsabilização jurídica. Souza (2016) propõe a diferenciação desses conceitos, em que o primeiro diz respeito à possibilidade do adolescente responder pelo ato infracional de maneira singular, proporcionando um reposicionamento do adolescente frente a vida e suas escolhas, isso facilitado pela abertura para expressar sua relação de mal-estar estabelecida com a sociedade. A segunda diz respeito ao cumprimento de uma sanção pelo ato infracional, dentre aquelas previstas no próprio ECA.

Portanto, há que se fazer aposta em espaços nos quais eles possam falar sobre suas histórias de vidas sob sua própria perspectiva, para que assim, ao falar e ser ouvido, possam questionar suas próprias verdades. Para esse processo de responsabilização, Melgaço e Almeida (2016) apontam o Plano Individual de Atendimento (PIA), instrumento previsto pelo Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) com objetivo de tornar o cumprimento da medida individualizado, no qual o adolescente participa ativamente de sua elaboração. Conforme os autores, durante a escrita do documento, que ao final será enviado ao judiciário, é esperado que o adolescente comece o seu processo de responsabilização por sua vida e suas

ações, visto que exige a reflexão sobre vários aspectos de sua vida, como escolarização, relações familiares e comunitárias, gestão de sua saúde e seus atos infracionais (MELGAÇO; ALMEIDA, 2016).

Assim, será possível romper com o “rótulo *que* costura rente aos corpos, adere à pele, atravessa as falas, impede os risos” (GONÇALVES; FRANÇA, 2013, p. 52, grifo nosso). Dito de outra forma, é preciso apostar na capacidade dos adolescentes de (re)inventar novos modos de ser. Para tanto, é imprescindível que os profissionais imersos nesse processo de cuidado questionem, sempre que necessário, qual o lugar que esses adolescentes ocupam em seu imaginário social.

Ademais, Otoni (2016) relembra que é muito comum os adolescentes atribuírem a quem os atende (seja na saúde ou na instituição socioeducativa) a ideia de detenção de poder sobre suas medidas, o que se expressa em pedidos de intervenção junto ao juiz para amenizá-las ou extingui-las.

Por isso, é necessário que o profissional renuncie esse lugar de poder e maneje os sentimentos difíceis que o campo intersubjetivo lhe provoca, permitindo o deslocamento do adolescente do lugar cristalizado no discurso social como “menor” para que emergja o sujeito. Assim, ele consentirá ser acessado sem medo de que sua vulnerabilidade seja exposta em um relatório, que em seu imaginário poderá prejudicá-lo, de forma que não avalie os dispositivos de saúde como extensão da unidade de medida socioeducativa.

Ofertas de cuidado

“Sou convocada para atender um adolescente. Esse caso permanece vivo em minha memória porque o paciente tinha um olhar cheio de desesperança. Contou que tinha planejado sua morte. Via essa como sua única saída. Narrou que era faccionado e morrer era uma forma de garantir liberdade para ele e sua família. Mudar a rota da vida não era mais possível, o pacto feito com a facção lhe exigia servidão eterna. Comunico aos agentes do planejamento de morte, insinuam que estou sendo enganada. Insisto nas orientações de manejo da crise suicida. Negam a verdade do sujeito. Solicito ajuda dos colegas profissionais. Insistimos nas orientações. Vão embora. Marcamos retorno. Não retornam” (Trecho do Diário de Campo, 06 abr. 2022).

Foi possível elucidar as ofertas de cuidado aos adolescentes que frequentam o CAPS AD III, seja por encaminhamento do CASE ou por demandas espontâneas que chegam ao serviço:

“O atendimento dele é individual e o que a gente oferta são psicoterapias individuais e atendimento médico e a escuta com TR, né? Esses são os atendimentos que a gente faz com o adolescente aqui dentro” (E,5).

“No momento, o CAPS só está oferecendo a psicoterapia individual e o acompanhamento com Psiquiatra” (E,8).

“No caso, o que a gente tem que pode ser ofertado para os adolescentes é o atendimento médico, o acompanhamento com o médico, as medicações são fornecidas, são dispensadas, e a psicoterapia individual. São esses os serviços que a gente consegue ofertar aqui para os adolescentes” (R,7).

“A psicoterapia, né? Individual e a consulta com o psiquiatra” (R,6).

As falas evidenciam a oferta de cuidado centrado no atendimento às demandas individuais, priorizando consultas com os profissionais psicólogos(as) e psiquiatras. Este achado corrobora com Mancilha (2015), que a partir de revisão integrativa constatou que as práticas em saúde para adolescentes em uso abusivo de álcool e outras drogas são focadas em intervenções sobre a substância e na doença, em detrimento do sujeito, como também evidencia a não efetivação do cuidado a partir do paradigma da clínica ampliada. Faz-se importante reiterar a clínica ampliada como ferramenta teórica que possibilita que o cuidado seja realizado em rede, de forma que o olhar para este sujeito considere a singularidade e a complexidade do processo saúde/doença, possibilitando a construção de um plano de cuidado que abrange a vida como todo e não somente os aspectos individuais (BRASIL, 2014b; FERREIRA NETO, 2008).

Assim, este modo de produzir cuidado revela que a mudança de paradigma, reconhecendo-os como sujeitos de direito à voz e vez, esbarra na dificuldade de sua implementação de base comunitária e não institucionalizante. Essa dificuldade carrega e denuncia a forma como as políticas públicas de cuidado para esse público se desenvolveram no curso da história do Brasil, a partir de normativas jurídicas, como o Código de Menores de 1979. O documento orientou políticas de segregação, justificadas pela concepção da adolescência como uma fase problemática.

Mancilha (2015) aponta para a necessidade de conhecer a concepção dos profissionais a respeito da adolescência, pois a relação profissional-usuário pode ser fator predisponente para

a adesão ou não ao tratamento (se positiva) ou favorecer a evasão (se negativa). Ainda, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b) propõe que a oferta de cuidado para adolescentes perpassa pela garantia do direito à palavra, mas como escutar quando já existe uma expectativa para essa escuta? Assim como demonstrado nas falas a seguir, a expectativa é que sejam de difícil acesso, baixa adesão, dificuldade em construir vínculo.

“Normalmente, é o acompanhamento mais individual mesmo, sabe? Uhum. Porque, primeiro, porque, como eu te falo, né? É difícil a adesão do adolescente, né?” (E,2).

“Então, o adolescente, de maneira geral, por essa especificidade dele, dessa dificuldade de acesso a eles, por muito ser um usuário, por exemplo, no anonimato, escondido, sem que familiares saibam, muitas vezes é só ele e o grupo de amizade deles [...]”. (E,4).

“Assim, o adolescente, muitas vezes, né? Em se tratando de uso de substâncias, né? Ele não tem, normalmente, uma crítica, né? Ele não olha aquilo como um problema para a vida dele, né? Ele está alucinado, encantado pela vida e pelos acontecimentos que ela proporciona para ele, né? Então, ele está muito ainda numa flutuação em relação a essa questão, né? Então, ele não tem uma crítica. O difícil do adolescente é construir vinculações com ele, né?” (E,2).

Baduy *et al.* (2016) apresentam a ideia de que no encontro entre profissional de saúde e usuário do serviço, quando é realizado uma avaliação “sobre” o usuário em detrimento de “com” ele, se produz uma fotografia daquele determinado momento da vida do sujeito, que passa a subsidiar práticas e discursos sobre ele e, assim, enrijecer o sujeito em uma imagem imutável. Aqui não há intenção de desqualificar as ações de cuidado, menos ainda propor como deve ser, mas proporcionar reflexão no que diz respeito às ofertas que são feitas e muitas vezes recusadas pelo usuário, porque foi proposta para o perfil que o profissional/serviço criou do sujeito e não para quem ele realmente é.

Ainda nesse campo reflexivo, emerge a necessidade de inverter essa lógica e analisar o quanto os serviços de saúde são atraentes para os adolescentes. Para isso, faz-se importante que os serviços garantam a ambiência, conceito previsto na Política Nacional de Humanização, o qual envolve desde espaço físico (arquitetura, disposição de salas, móveis e etc.) social, profissional e as relações interpessoais, que devem favorecer o cuidado embasado no acolhimento e resolutividade. Do exposto, evidencia-se a necessidade de pensar e planejar um serviço atrativo para esse público em meio a um ofício que tem funcionado para adequar o acesso do adolescente ao que já existe, em detrimento de adequar a oferta às reais necessidades em saúde – como demonstram os participantes:

“Pois bem, como eu citei anteriormente, não há assim um PTS específico, certo? Para adolescentes, por se tratar de uma instituição generalista, né? Ela tem homens, masculino, feminino, adolescente, certo? Então, com isso, você tem que trabalhar justamente na adequação [...]” (E,4).

“Talvez a gente não tenha um lugar específico para trabalhar com os adolescentes, né? Porque a gente acaba tendo que incorporar o serviço, né? A demanda, porque nós não temos o CAPSi, né? Porque a gente é uma especialidade, a nossa especialidade é álcool e drogas, né? E acabamos incorporando a demanda infantil juvenil. Então, assim, há um desvio, né? Há um desvio, há uma adaptação institucional em função da não existência de um serviço na rede, entende?” (E,2).

“Mas a gente está vendo que a quantidade de adolescentes está crescendo e a proposta é que se aparecer alguém que tenha mais afinidade para lidar com adolescentes, que a gente monte um grupo” (E,5).

Couto, Duarte e Delgado (2008) enfatizam que manifestações psicopatológicas, fatores protetivos e de risco, como também estratégias de cuidado e organização do serviço para atendimento de adolescentes, possuem especificidades que não são atendidas com a extensão das estratégias de cuidado oferecidas à população adulta. Contudo, as pistas oferecidas pelos profissionais indicam um fazer em que é ofertado o que se tem, no sentido de adequar a demanda do sujeito ao que o serviço pode/tem a oferecer, restando pouco espaço para a inventividade.

Ademais, Mancilha (2015) constatou que a oferta de benefícios secundários pode favorecer a adesão ao tratamento, como a oferta de passe livre, alimentação, avaliação médica para outras necessidades, além das questões relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas, oferta de cuidados pessoais. No caso dos sujeitos deste estudo, o fato de sair da unidade socioeducativa e se deslocar pela cidade até o CAPS é uma semiliberdade que constitui ações estratégicas para o cuidado. Por outro lado, elenca que ambientes rígidos, hierarquizados e com foco em regras são fatores predisponentes para não adesão ao tratamento. Em detrimento a isso, a autora sugere a postura de negociação das regras e expectativas quanto ao tratamento dos adolescentes.

Para isso, é fundamental que os serviços sejam guiados pelas diretrizes da Política Pública de Assistência em Saúde Mental para crianças e adolescentes, a saber: reconhecer o adolescente como sujeito capaz de formular sua própria demanda; acolhimento universal; encaminhamento implicado; construção permanente de rede; e território, noção indispensável para quem trabalha com saúde mental, pois este ultrapassa a noção de espaço geográfico e é

tecido pelos fios de instâncias pessoais e institucionais que atravessa e constitui o sujeito psicossocial (BRASIL, 2005).

Ante o exposto, propõe-se que a “escuta atenta, corpo sensível, olhar vibrátil e outros que compõem a caixa de ferramentas do cuidado em saúde [...]” (BADUY *et al.*, 2016, p. 227) sejam revisitados sempre e, quando necessário, abastecidos, para assim, produzir práticas potencializadoras. Para isso, é necessário refazer percursos, pensar e criar novos arranjos, procurar coletivos, enfatiza Zamora (2008). Há que insistir na formação de rede(s).

Articulação em rede Intersetorial: sujeito de lugar nenhum

“Proponho que pensemos na brincadeira ‘batatinha quente’. Em roda os participantes passam a batata (ou outro objeto) de um participante para o outro, enquanto cantam o verso ‘batatinha quente, quente, quente’, até que música acabe e quem estiver com o objeto em mãos, sai da brincadeira. Utilizo essa ideia para ilustrar como muitas vezes esses adolescentes são encaminhados de serviço em serviço, sem que ninguém verdadeiramente aceite sua demanda. Embora tenham conquistado direitos, sua efetivação ainda esbarra em barreiras institucionais, seja por fluxos enrijecidos ou pela ausência deste. Essa é a imagem de como os adolescentes ficam de serviço em serviço, sem que ninguém os queira” (Trecho do Diário de Campo, 01 jun. 2022).

No cuidado em saúde mental para adolescentes, a articulação intersetorial se constitui como viga de sustentação de uma prática que tenha como objetivo a integralidade do cuidado. Vicentin (2006) corrobora com essa proposição quando diz que não tem como ofertar cuidado aos adolescentes sem que seja por meio interdisciplinar e intersetorial. Essa afirmação reforça a necessidade da construção de cuidado em rede, para evitar a fragmentação do cuidado, como no exemplo dado pelo entrevistado(a):

“Na verdade, o que eu acho que fica muito aberto é essa forma do atendimento do adolescente ou criança que tá em unidade. Que a gente não tem, assim, a gente não tem aquela contrapartida deles. Sabe como é que tá o paciente, se o paciente tá aderindo. Quando o paciente é transferido, a gente não sabe. A gente entra em contato pra saber o motivo que faltou nas psicoterapias. Aí a gente sabe, depois de realizar a busca ativa. Não, o paciente foi embora. O usuário foi embora. Então, assim, a gente fica sem informações, né? E isso é um pouco frustrante.” (E,3).

A queixa faz referência à importância da dimensão relacional, de produção de vínculo, denominado por Merhy e Franco (2003) de tecnologias leves em saúde, fundamental para o campo da saúde mental. Desse modo, a relação entre os profissionais das diferentes instituições responsáveis pelo cuidado do adolescente pode ser potencializadora ou não do processo de

cuidado. A fala demonstra frágil comunicação entre os profissionais do CAPS AD e CASE. Portanto, trabalhar em rede intra e intersetorial implica agir de forma convergente, no qual não cabe o fazer indiferente, para que assim se cumpra a orientação de encaminhamento implicado (LIMA; GUIMARÃES, 2019; VICENTIN, 2006).

Dessa forma, o trabalho em rede permite o enriquecimento a partir da diversidade proveniente de diferentes saberes e permite a leitura ampliada dos fenômenos e, assim, pensar o cuidado de casos complexos e dinâmicos de forma criativa. Em continuidade, este modo de trabalho proporciona a inversão da lógica do encaminhamento, em que via de regra é passar o problema para o outro, na qual o sujeito, muitas vezes, fica de serviço em serviço e não tem sua demanda atendida. Para tanto, é importante marcar que o encaminhamento sem implicação não sustenta a construção do cuidado (VICENTIN, 2006; TÃNO; MATSUKURA, 2019; COUTO; DELGADO, 2010). Disso, apreende-se a necessidade de qualificação do encaminhamento:

“Aqui no CAPS a gente tem uma vantagem do SISREG, né? Que funciona somente para médicos. Que faz esses encaminhamentos. Mas a gente também realiza a orientação, né? Que é o serviço de atenção básica, os CSC. Nós temos também, caso necessário, né? Se ele não permanecer nesse serviço, a demanda dele não se enquadra aqui. A gente faz também os encaminhamentos para a rede, né?” (E,1).

O SISREG é o Sistema Nacional de Regulação criado com o objetivo de gerenciar todo o complexo regulatório, desde a atenção básica à alta complexidade. Sobre este sistema, Lima e Guimarães (2019) marcam que, no ideal, o processo regulatório atua mediando o acesso do cidadão ao serviço de que necessita, subsidiando controle sobre os prestadores de serviço, seja para ampliar ou remanejar a oferta de vagas. Contudo, em pesquisa realizada pelas autoras, foi demonstrado que a regulação tem funcionado pela disponibilidade de oferta ou pela falta dela. De modo que o usuário permanece na fila de espera, com uma solicitação que pode demorar anos para ser atendida, levando ao prejuízo de sua saúde.

Essa lógica de encaminhamento pode favorecer a perda de contato com o caso e a desresponsabilização dos atores envolvidos na construção conjunta de um plano de cuidado. Ainda, o ato de encaminhar pode demonstrar resistência que casos complexos comumente despertam na equipe (DELGADO, 2011).

Os participantes, ainda, demonstraram desejo pela inauguração do CAPSi (até o momento da coleta de dados, essa modalidade de CAPS não integrava a RAPS do município

de Palmas –TO), pois será o dispositivo qualificado para atender as demandas de saúde mental dos adolescentes, como expresso pelos profissionais:

“Então, assim, a gente não tem um CAPSi, né? Existe essa possibilidade de fazer, já existe o projeto, já existe a construção, né? O que não foi feito é a implantação definitiva, né? Nós não temos, nós temos o ambulatório infantil juvenil que responde de certa forma aleatória, né? Não é um trabalho, quer dizer, é uma adaptação, né? O ambulatório funciona como uma adaptação, não é um CAPSi, né? E atende todas as demandas da adolescência [...] (E,2).

“Bom, nesse caso, eu não sei te falar. Eu acho que é só o CAPSi mesmo, né?” (E,3).

“E outra situação é entender qual vai ser a função do CAPSi nesse contexto” (E,5).

Isto incorre no risco da saúde mental se manter nos espaços “especializados”, dificultando a articulação entre os diferentes níveis de atenção e complexidade, como também com a ampliação da rede de cuidado no território, como escola, domicílio, igreja, entre outros. É a ligação afetiva do paciente a esses dispositivos que possibilita a inserção social e, como já citado, a responsabilização subjetiva (VICENTIN, 2006; TSZESNIOSKI *et al.*, 2015). Desse modo, a inauguração de novos dispositivos, paradoxalmente, pode vir a reforçar a desresponsabilização intersetorial, escancarando a fragilidade do diálogo entre diferentes serviços e redes.

Perante a interseccionalidade entre adolescente, uso abusivo de álcool e outras drogas e ato infracional, Delgado (2011) propõe a postura intelectual e ética de assumir que sabemos não o que fazer, o que, segundo o autor, nos leva a questionar o que tem sido feito.

“Não sei, não tô nem sabendo. Não tô sabendo não, Maria. Esse dia veio um adolescente do NAI, trouxeram aqui, e que eu tive contato, foi o primeiro, né? Porque sempre vem esses lá do CASE mesmo, o que o pessoal traz aqui é CASE e esse do NAI que veio, porque para mim foi o primeiro, vamos ver se vem mais. Mas para mim só isso. [...]” (E,8).

O serviço citado é o Núcleo de Atendimento Integrado (NAI), serviço especializado de atendimento para adolescentes em medida socioeducativa, inaugurado no dia 10 de maio de 2023 em Palmas –TO. Contudo, é expresso um certo desconhecimento a respeito do que será oferecido, como também a inexistência de comunicação entre as instituições. E assim, muitas ações vão sendo desenvolvidas de forma fragmentada, “é certo que numa RAS, cada componente desempenha funções peculiares, no entanto, é preciso que exista uma lógica

organizacional que a atravesse, além de um sentimento de pertença e responsabilização compartilhada entre nós da rede” (LIMA; GUIMARÃES, 2019, p. 8.).

Ademais, Delgado (2011) diz que é urgente a necessidade de identificar as compreensões, objetivos e necessidades em cada atendimento de adolescentes, pois muitas vezes o desejo é só de medicação, para assim fazer uma contenção química de adolescentes que, muitas vezes, estão denunciando as condições em que estão submetidos nas unidades de acolhimento (BOAS; CUNHA; CARVALHO, 2010; RISSATO; ARCOVERDE; ALVES, 2021). Seja do CASE, NAI ou qualquer outra instituição.

À vista disso, a construção de uma rede intersetorial é um desafio e uma necessidade preeminente para efetivação de cuidado integral; contudo, adverte Couto e Delgado (2010):

A parceria intersetorial assim proposta não se dá automaticamente. É preciso estar advertido da ilusão de que algo acontecerá de potente pela simples junção de diferentes setores convocados por conta de uma situação problemática. Frequentemente, isto gera um diálogo de surdos, uma babel, ou a impressão danosa de delegação de responsabilidade de um setor para o outro. A intersetorialidade, tal como pensada aqui, não guarda em si uma racionalidade própria que em exterioridade aos próprios setores os colocaria em ação. Ela requer a intervenção de uma presença viva para sua constituição. Na saúde mental infantil e juvenil, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPSi), por seu mandato de ordenação da demanda no território sob sua responsabilidade, ou outras equipes de saúde mental, devem realizar esta presença no território, através da posição decidida de estabelecer como comum um problema que atravessa e implica diferentes setores (COUTO; DELGADO, 2010, p. 6).

Na ausência do CAPSi no atendimento à demanda de adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas, cabe ao CAPS AD, como ordenador do cuidado em saúde mental, fazer sua presença viva e insistir na construção de redes, para, assim, acessar as dimensões da intersetorialidade na atenção à infância e juventude:

[...] uma dimensão mais molecular: a dimensão das tramas humanas, do tecido social que se forma entre os diferentes profissionais e crianças, agentes de saúde e as famílias; — uma dimensão micro: que são as tramas constituídas no interior das equipes e entre as equipes de trabalho, na arquitetura montada para o projeto terapêutico; — uma dimensão macro: que é a do tecido social entendido como as vontades políticas que se instalam em torno da criança: os esforços governamentais e os da sociedade civil (as políticas de saúde, de educação). (VICENTIN, 2006, p. 16).

Aprende-se que as linhas de costura dessas dimensões para formar um tecido capaz de sustentar a complexidade desses casos se mostram frágeis, abrindo espaços para as Comunidades Terapêuticas assumirem cada vez mais lugares nesses “buracos” que se formam pela ausência de atuação intersetorial:

“[...] O que acontece, na verdade, é o apoio das comunidades terapêuticas, né? A gente vê que as comunidades terapêuticas estão atendendo essa demanda também” (E,2).

A inserção dos adolescentes neste espaço é contrária ao cuidado no território e retoma a política de segregação da adolescência, como também contradiz os direitos conquistados pela Lei nº 10.216. O Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (2017), conduzido pelo Conselho Federal de Psicologia em parceria com Ministério Público Federal, apontou o caráter asilar das CTs, uso de internação involuntária compulsória, com práticas de correção via castigo físico, e inúmeras violações aos direitos humanos.

Por fim, se reconhece que a principal dificuldade em instituir rede intersetorial se dá por cada setor responsável pela proteção da adolescência ter um campo discursivo próprio, como, por exemplo: o discurso clínico da saúde mental, o da justiça responsável pela tutela, a assistência social que assegura a proteção, a educação que visa a formação, entre outros. Isso se constitui, muitas vezes, numa barreira, em que cada campo de saber fala e ninguém escuta, sobretudo os adolescentes (COUTO; DELGADO, 2010). É emergente o CAPS, como serviço ordenador do cuidado em saúde mental, assumir seu lugar na mesa e convidar os setores de cuidado para a construção dessa rede intersetorial e, assim, se construir o campo discursivo da rede e não de setores isolados. Desse modo, ele assume a posição de entender as demandas que as instituições encaminham.

Considerações finais

O presente estudo teve como objetivo compreender como é realizada a oferta de cuidado em saúde mental para adolescentes em uso abusivo de álcool e outras drogas no CAPS AD III em Palmas –TO. Essa pesquisa nasceu da angústia experimentada pela pesquisadora em seu primeiro cenário de prática da residência, enquanto R1, recém-formada no curso de psicologia e, desde então, curiosa pelo mundo de cuidado proporcionado pela rede de atenção psicossocial. Ao lidar com o trabalho real e com as práticas e discursos sobre os adolescentes que circulam nos espaços de cuidado, capturados por uma lógica eugenista e culpabilizadora, nasceu a vontade de estudar e poder contribuir de alguma forma.

Foi possível constatar que a oferta de cuidado é individualizada, com ênfase no cuidado médico, medicamentoso e psicológico. Essas formas de cuidar operam por dispositivos de

poder e controle, na medida que visam classificar, normatizar e disciplinar os corpos desviantes. Essa direção reforça a ideia da individualização do problema, na medida que enfatiza o sintoma, em detrimento das condições sociais, comunitárias, institucionais, familiares e econômicas que o atravessam.

A precarização dos vínculos pode comprometer as possibilidades desses adolescentes construírem projetos de vida e espaços de enraizamento. Essa constante experiência de instabilidade e desfiliação, reforçada por essas lógicas institucionais, pode produzir marcas na constituição subjetiva em que esse sujeito não se reconhece como parte de lugar nenhum.

Enfatizar a experiência desse “sujeito de lugar nenhum” torna-se, portanto, imperioso para descrever os adolescentes que transitam pelos serviços sem realmente pertencerem a eles. Essa lógica do encaminhamento cria um circuito no qual os adolescentes não encontram acolhimento contínuo e não constroem vínculos significativos com os serviços e com as equipes de cuidado.

Nesse sentido, a fragmentação do cuidado pode, em certa medida, recriar espaços de exclusão simbólicos pois, ainda que esses adolescentes não estejam institucionalizados nos espaços asilares, prisões ou hospitais, eles “circulam” pela rede sem, de fato, serem incluídos. Essa lógica de exclusão já fora discutida por Foucault em História da Loucura, ao explicitar o funcionamento dos antigos leprosários que, posteriormente, inauguram as instituições asilares para excluir e disciplinar aqueles desviantes de todo tipo (FOUCAULT, 1978).

Além disso, a demanda para atendimento de adolescentes no CAPS AD III perpassa a formulação de demandas do CASE e não dos adolescentes. A esse respeito faz-se necessário considerar a trajetória histórica da infância e juventude no Brasil, onde o Estado, por meio de políticas públicas revestidas do discurso de proteger a vida dos adolescentes, promoveu patologização em massa de problemas que denunciam outras questões socioculturais, econômicas e políticas, para além de uma sintomatologia psicopatológica. A patologização dos adolescentes transforma um fenômeno complexo, atravessado por múltiplos vetores, em um diagnóstico clínico. Assim, o adolescente deixa de ser um sujeito com história, relações e desejo, e se torna um “caso” a ser tratado, estabilizado e, em muitos casos, descartado se não aderir ao tratamento instituído.

A fragmentação do cuidado, a falta de orientações claras sobre o manejo junto a este público e a comunicação deficitária entre os serviços da rede contribuem para a lógica do

encaminhamento, evidenciando a desresponsabilização e desimplicação das equipes com o cuidado dos adolescentes em uso abusivo de álcool e outras drogas e em cumprimento de medidas socioeducativas. Além disso, essa lógica do encaminhamento fomenta o cuidado ambulatorial, pois, identificou-se que as ofertas para esses adolescentes se dão, especialmente, no âmbito dos atendimentos médicos, escutas psicológicas e dispensa de medicação. Com a recente inauguração do CAPSi no município, o que se evidencia é a tendência dos demais serviços “respirarem aliviados”, por agora sentirem que há um serviço para encaminhar – mais uma vez, operando na referida lógica.

Essa realidade apresentada evidencia a fragilidade do trabalho em rede, com centralização do cuidado no CAPS AD III, o que dificulta o trabalho interdisciplinar e a materialização da clínica ampliada. Isso indica a necessidade de investir na formação de parcerias intersetoriais, envolvendo setores como justiça, educação, cultura e assistência social, a fim de promover um cuidado integral que tenha como objetivo o desenvolvimento da cidadania plena e a reinserção social.

Nesse sentido, adota-se a postura proposta por Delgado (2011) de assumir que não sabemos o fazer; no entanto, não em um lugar de paralisação, mas de instigação a propor formação de rede e interlocuções a partir do entendimento de que não existem respostas (intervenções) simples para casos complexos. Dito isso, é imprescindível que o cuidado ofertado em saúde mental para adolescentes nos CAPS seja orientado pelo PIA integrado, construindo redes institucionais que sustentem vínculos e favoreçam a produção de subjetividade e pertencimento. Para isso é necessário investir na relação entre as instituições, especialmente os CAPS e o CASE, para que seja possível atender aos adolescentes em toda a sua dimensão e não somente a psicopatologia.

Nesse contexto, a inserção dos residentes de saúde mental nos serviços tem um papel fundamental ao promover fissuras no discurso instituído, enunciado os porquês de algumas práticas e fluxos, para os quais não existem respostas. Ao provocarem reflexões sobre os sentidos e finalidades das intervenções instituídas, os residentes promovem espaço para novas formas de cuidados alinhadas aos princípios da atenção psicossocial. No entanto, para que essa atuação seja de fato transformadora, é essencial que os profissionais residentes em saúde mental mergulhem nos paradigmas da Política Nacional de Saúde Mental, para, depois de um mergulho

em instituições que ainda guardam memória manicomial, não reproduzirem tais práticas em nome do cuidado.

Com isso, esta pesquisa também se insere nesse movimento de transformação, com objetivo de contribuir para o campo da produção científica a respeito do tratamento em saúde mental para adolescentes em uso abusivo de álcool e outras drogas – um tema ainda pouco explorado, conforme constatado ao longo do artigo. Além disso, o recorte refere-se à realidade encontrada no momento da sua realização, não tendo a intenção de cristalizar uma visão sobre esses serviços, uma vez que são dinâmicos e sujeitos a mudanças. Assim, confirma-se a necessidade de novos estudos após a implantação do serviço do CAPSi, para acompanhamento da dinâmica da rede e do lugar do adolescente nela.

Referências

ARÊAS NETO, Nilo Terra; CONSTANTINO, Patrícia; ASSIS, Simone Gonçalves de. Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 511-540, jul./dez. 2017.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

BADUY, Rossana Staeve *et al.* Mas ele não adere! O desafio de acolher o outro que é complexo para mim. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70, 2010.

BOAS, Cristina Campolina Vilas; CUNHA, Cristiane de Freitas; CARVALHO, Raquel. Por uma política efetiva de atenção integral à saúde do adolescente em conflito com a lei privado de liberdade. **Revista de Medicina Minas Gerais**, v. 20, n. 2, p. 225-233, 2010.

BOCK, Ana Mercês Bahia. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 11, n. 1, p. 63-76, jun. 2007.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em tese**, v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005.

BRAGA, Claudia Pellegrini; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 401-410, fev. 2019.

BRASIL. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS**: tecendo redes para garantir direitos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 247, 26 dez. 2011. Seção 1, p. 230-232.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 12, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 98, 24 maio 2016. Seção 1, p. 44-46.

CARLINI, Elisaldo L. de A. (Sup.) *et al.* **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010**. São Paulo: CEBRID, UNIFESP, 2010; Brasília: SENAD, 2010.

COIMBRA, Cecília; LEITÃO, Maria Beatriz Sá. Das essências às multiplicidades: especialismo psi e produções de subjetividades. **Psicologia & Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 6-17, jul./dez. 2003.

CONCEIÇÃO, Déborah Santos *et al.* Atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, 2008-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 1-12, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Brasília, DF: CFP, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP); CONSELHO NACIONAL DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL (OAB). **Inspeção nacional às unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei: um retrato das unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei**. Brasília, DF: CFP, OAB, 2006.

COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1467-1478, maio 2017.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, v. 27, n. 1, p. 17-40, jan./jun. 2015.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial: considerações preliminares. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Y. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2010. p. 271-279.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S.; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 30, n. 4, p. 390-398, dez. 2008.

DELGADO, Pedro Gabriel. A reforma em Saúde Mental e os desafios na interface com a Justiça. Proposições da Coordenação de Saúde Mental para adolescentes em situações de vulnerabilidade e nas fronteiras com o sistema de Justiça. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO (Org.). **Políticas de saúde mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas** São Paulo: CRP-SP, 2011.

FERREIRA NETO, João Leite. Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 1, p. 110-118, 2008.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FURTADO, Odair. O psiquismo e a subjetividade social. In: FURTADO, Odair. **Psicologia Sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

GALHARDI, Carina Curti; MATSUKURA, Thelma Simões. O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 1-12, 2018.

GAMA, Fabiana Lozano. **A assistência em saúde mental às adolescentes em privação de liberdade no Estado do Rio de Janeiro**. 2017. 83 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24060>. Acesso em: 5 jan. 2024.

GONÇALVES, Hebe Signorini; FRANÇA, Yasmim de Menezes. “Fica bandido!”: pensando os adolescentes e os processos de sujeição criminal. In: JULIÃO, Elionardo Fernandes; VERGÍLIO, Soraya Sampaio (Org.). **Juventudes, Políticas Públicas e Medidas Socioeducativas**. Rio de Janeiro: DEGASE, 2013. p. 48-63.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LIMA, Déborah Karollyne Ribeiro Ramos; GUIMARÃES, Jacileide. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 1-20, 2019.

MANCILHA, Grasiella Bueno. **A permanência de adolescentes em CAPS AD: um olhar para a vulnerabilidade**. 2015. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MELGAÇO, Paula; ALMEIDA, Bruna Rocha. O Plano Individual de Atendimento (PIA) nas medidas socioeducativas: para o adolescente, com o adolescente ou sobre o adolescente? In: MOREIRA, Jacqueline de Oliveira *et al.* (Org.). **Estatuto da criança e do adolescente: refletindo sobre sujeitos de direito e responsabilidade**. Brasília, DF: CFP, 2016. p. 182-198.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde Debate**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

OTONI, Marina Soares. A escuta de crianças e adolescentes em situação de risco: reflexões sobre uma prática com adolescentes em conflito com a lei. In: MOREIRA, Jacqueline de Oliveira *et al.* (Org.). **Estatuto da criança e do adolescente: refletindo sobre sujeitos de direito e responsabilidade**. Brasília, DF: CFP, 2016. p. 250-260.

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento humano**. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PEZZATO, Maria Luciane *et al.* Diário: Uma política de registro. In: MENDES, Rosilda; AZEVEDO, Adriana Barin de; FRUTUOSO, Maria Fernanda Petrolí (Org.). **Pesquisar com os pés**: deslocamento no cuidado e na saúde. São Paulo: Hucitec, Fapesp, 2019.

PICOLLI, Ana Clara Gomes; ARRUDA, Daniel Péricles. Adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e saúde mental: uma revisão integrativa. **Argumentum**, v. 15, n. 3, p. 171-187, 2023.

RISSATO, Denise; ARCOVERDE, Marcos Augusto Moraes; ALVES, Murilo Schurt. A assistência integral à saúde dos adolescentes privados de liberdade no Brasil: avanços e limites. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. 1-12, 2021.

SAWAIA, Barder. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, Barder (Org.). **As artimanhas da exclusão social**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 2. ed. São Paulo: Editora Vozes, 2008.

SILVA, Maria Isabel Félix; OLIVEIRA, Leonara Vitória Brito; PACHÚ, Clésia Oliveira. O uso de drogas entre adolescentes: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. 1-10, 2021.

SOUZA, Juliana M. P. de. Sobre a responsabilização no cumprimento da medida socioeducativa: reflexões a partir da prática. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: refletindo sobre sujeitos, direitos e responsabilidade. Brasília, DF: CFP, 2016.

TÂNO, Bruna Lidia; MATSUKURA, Thelma Simões. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 1-27, 2019.

TSZESNIOSKI, Luíse de Cássia *et al.* Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 363-370, fev. 2015.

VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 17, n. 1, p. 10-17, 2006.

ZAMORA, Maria Helena. Os corpos da vida nua: Sobreviventes ou resistentes? **Latin American Journal of Fundamental Psychopathology On Line**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 104-117, maio 2008.

Recebido em: 02/03/2024.

Aceito em: 23/02/2025.