

Adolescência e Juventude & Saúde Mental



Falar de Saúde Mental é tão importante quanto falar sobre a saúde física das pessoas. A Saúde Mental é o que somos e fazemos, incluindo as condições para este fazer, que se constituem a partir de um sentir e se pensar no mundo, por isso tão fundamental!

Também se expressa nas várias doenças físicas, enquanto realidade psicossomática, e até na disposição para o combate a esses males, já que a divisão “físico *versus* psíquico” é apenas didática, uma vez que somos unos.

O foco **Adolescência e Juventude & Saúde Mental** deriva da necessidade de ações para este público. Por isso, a publicação une diversos esforços de especialistas, da “Linha de Cuidado para a Adolescência e Juventude para o SUS-SP” e de discussões realizadas nos cursos “*Adolescência e Saúde Mental no SUS: desafios e possibilidades para a produção de cuidados*” e “*A Rede Intersetorial como Perspectiva Diante das Vulnerabilidades dos Adolescentes: desafios atuais na Saúde Mental*”, ofertados em 2022.

**Adolescência e Juventude
&
Saúde Mental**

Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista
São Paulo-SP – CEP: 01314-000
Tel.: (11) 3116-8500 / Fax: (11) 3105-2772
www.isaude.sp.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo
Eleuses Paiva

Instituto de Saúde

Diretora do Instituto de Saúde
Teresa Etsuko da Costa Rosa

**Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento
para o SUS-SP**
Tereza Etsuko da Costa Rosa

**Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde
para o SUS/SP**
Maritsa Carla de Bortoli

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico
Samuel Antenor

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo
Bianca de Mattos Santos

Coleção Temas em Saúde Coletiva
Volume 33 – Adolescência e Juventude & Saúde Mental
ISBN 85-88169-01-0 Coleção Temas em Saúde Coletiva
ISBN 978-65-997616-6-9

Tiragem: 645 exemplares

Adolescência e Juventude & Saúde Mental

Organização: Regina Figueiredo, Alina Zoqui de Freitas
Cayres, Maria Ermínia Ciliberti

Parceria:
Área Técnica de Saúde Mental da SES-SP,
Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado
de São Paulo (COSEMS-SP)

Edição: Samuel Antenor
Imagem da capa: Daniel de La Hoz
Revisão: Fator Gestão Ltda.
Editoração, capa e tratamento de imagens:
Fator Gestão Ltda.
Impressão: Colorsisthem

Administração
Bianca de Mattos Santos

Conselho Editorial Executivo
Bianca de Mattos Santos
Cláudia Malinverni
Evelyn Karla Lira Viana
Fabiana Santos Lucena
Maria Thereza Bonilha Dubugras
Mariana Tarricone Garcia
Monica Martins de Oliveira Viana
Monique Borba Cerqueira
Samuel Antenor
Tania Izabel de Andrade
Tereza Etsuko da Costa Rosa

Bibliotecária
Tania Izabel de Andrade

Este livro não pode ser comercializado e sua distribuição é gratuita.
A versão online está disponível no site [www.saude.sp.gov.br/
instituto-de-saude/producaoeditorial/temas-em-saude-coletiva](http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/producaoeditorial/temas-em-saude-coletiva).

FICHA CATALOGRÁFICA

É permitida a reprodução total ou parcial para fins pessoais, científicos ou acadêmicos,
autorizada pelo autor, mediante citação completa da fonte.

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

S255

Adolescência e Juventude & Saúde Mental/ organizadoras: Regina Figueiredo,
Alina Zoqui de Freitas Cayres, Maria Ermínia Ciliberti – São Paulo:
Instituto de Saúde, 2023.

426p. (Temas em saúde coletiva; 33)

Vários autores.

Inclui bibliografia ao final de cada capítulo.

ISBN 978-65-997616-6-9

1.Saúde mental 2. Adolescência - juventude 3. Saúde pública 4. Saúde
preventiva 5. Condições de vida I.Figueiredo, Regina. II.Cayres, Alina Zoqui
de Freitas III. Ciliberti, Maria Ermínia IV. Série.

CDD 614

Adolescência e Juventude & Saúde Mental

**Regina Figueiredo
Alina Zoqui de Freitas Cayres
Maria Ermínia Ciliberti**
Organizadoras

**Instituto de Saúde
São Paulo – 2023**

Sumário

Adolescência e Juventude & Saúde Mental

Apresentação

Regina Figueiredo, Alina Zoqui de Freitas Cayres, Maria Ermínia Ciliberti 09

Organizadoras e Autores da Obra 13

Parte I – Adolescência e Juventude no Brasil Atual, Panorama e Propostas em Saúde Mental

- 1. Adolescência e Juventude no Brasil: quando as contradições sociais se explicitam**
Regina Figueiredo, Marisa Feffermann 27
- 2. Panorama da Atenção em Saúde Mental no SUS-SP para a Infância e Adolescência: desafios para o trabalho em rede**
Alina Zoqui de Freitas Cayres, Rosangela Elias, Kátia Paiva, Maria Ermínia Ciliberti 47
- 3. Saúde Mental na Rede Básica do Estado de São Paulo – um panorama das possibilidades e limites para o cuidado do público jovem e adolescente**
Teresa Etsuko da Costa Rosa, Ligia Rivero Pupo 79
- 4 - Linha de cuidado da Adolescência e Juventude para o SUS do Estado de São Paulo e Saúde Mental – papel dos serviços, autonomia e sigilo**
Regina Figueiredo, Sandra Mara Garcia, Jan Billand, Mariana Nasser 105

Parte II – Questões de Saúde Mental entre Adolescentes e Jovens

- 5 – Medicalização e Patologização da Infância e Adolescência: questões contemporâneas**
Marilene Proença Rebello de Souza,
Camila Sanches Guaragna 125
- 6 - Por uma Saúde Mental Antirracista – o problema do racismo estrutural e violências institucionais nos processos de cuidado da adolescência**
Emiliano de Camargo David 149
- 7 - Diversidade sexual: Saúde Mental e problemas enfrentados por crianças e adolescentes LGBTQIAP+**
Caio Henrique de Souza Ferreira Berdeville, Daniel Nigro Lopes,
Kamila Baruque Bignotto, Amilton dos Santos Júnior 171
- 8 – Fique Rico ou Morra Tentando - jovens e adolescentes trabalhadores do tráfico de drogas**
Marisa Feffermann 195
- 9 - Suicídios e Tentativas de Suicídio entre Adolescentes e Jovens no Brasil: dimensões e inquietações**
Sandra Mara Garcia, Tirza Aidar 217
- 10 - O cuidado de Adolescentes em Crise: dinâmica da equipe no manejo a complexidade em Saúde Mental**
Rossana Maria Seabra Sade, Nazareth Malcher 243
- 11 - Projetos Terapêuticos Singulares sem Controle**
Paulo Cezar da Silva 259

Parte III – Propostas e Experiências e Projetos em Saúde Mental de Adolescentes e Jovens

- 12 - Lendo Sinais de Vida - suicídio abreviando a existência de nossos adolescentes e jovens**
Isabel Cristina Lopes.....267
- 13 - Políticas e Experiências para o Enfrentamento das Situações de Violência e Violações de Direito das Crianças e dos Adolescentes no Município de São Paulo**
Alexander Augusto Rodrigues, Cassia Liberato Muniz Ribeiro; Elaine Aparecida Lorenzato; Lúcia Ferraz Correa; Maria Isabel Metzler Guedes; Maria Lucia Maria Lucia Aparecida Scalco; Natália Gaspareto, Patrícia Leal Sousa; Rosana Aparecida Soares de Jesus; Ruy Paulo D’Elia Nunes.....283
- 14 - Cuidado em Rede de Crianças e Adolescentes em Situação de Violência: um compromisso com a garantia de direitos**
Andrea Batista de Oliveira, Benedito Alexandre de Moraes, Célia Maria Raposo, Cristina Henrique da Silva Passos, Daniela Ap. Guedes de Paula, Liz Grace Ferreira, Marilis Bason Cury, Suellen de Lourdes Borrett Silva, Telma Araújo Porto Couto319
- 15 - Experiências de Cuidado em Rede por Meio das Estratégias de Redução de Danos e do Consultório de Rua**
Antonio Rinaldo Pagni329
- 16 - Política de Saúde para Jovens em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade: limites e possibilidades**
Décio Perroni Ribeiro Filho, Natache Oliveira341

- 17 - Liberdade Assistida: aproveitando noções de masculinidade de adolescentes e jovens para a promoção de saúde, autoestima e profissionalização em tatuagem**
Regina Figueiredo, Marta McBritton, Welton Gabriel Lima dos Santos, Natália Araújo Ferreira, Danilo Batista de Souza, Fernanda Peres Guidolin, Margarete de Jesus Fernandes, Filipe da Trindade Barbosa, Daniel Rubio, Marsilene de Lima Aquino Fontana, Leonel Passos da Silva367
- 18 - A Morte do Minotauro – o olhar de cuidado do Projeto Quixote para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade**
Auro Danny Lescher, Cláudio Silva Gonçalves Loureiro.....399
- 19 - Fórum Municipal de Saúde Mental Infantojuvenil de São Paulo: a potência do coletivo para a sustentação da direção antimanicomial**
Fernanda de Almeida Pimentel, Laís Vignati Ferreira, Débora Ribeiro de França407

Apresentação

Falar de Saúde Mental é falar de uma área renegada pelo Estado brasileiro nos últimos tempos, mas tão importante quanto a saúde física das pessoas.

A Saúde Mental é o que somos, o que fazemos, as condições para este fazer que se constituem a partir de um sentir e se pensar no mundo, por isso tão fundamental!

Ela também se expressa em várias doenças físicas e males, enquanto realidade psicossomática e até na disposição para o combate a esses males; uma vez que a divisão ‘físico *versus* psíquico’ é apenas didática, pois enquanto indivíduos somos unos.

Assim, nesse momento que o país centra esforços federais para retomar a Política Nacional de Saúde Mental e dar importância e subsídio às Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) para nós, é um momento oportuno de lançar esta publicação.

O foco do livro, como diz o título, é a “Saúde Mental de Adolescentes e Jovens”, derivado da necessidade de ações de saúde para este público e da união de esforços para a implementação da “Linha de Cuidado para a Adolescência e Juventude para o SUS-SP”, junto às apresentações e discussões sobre Saúde Mental e Adolescência e Juventude, realizadas em 2 cursos que ofertamos em 2023 com os temas *“Adolescência e Saúde Mental no SUS: desafios e possibilidades para a produção de cuidados”* e *“A Rede Intersetorial como Perspectiva Diante das Vulnerabilidades dos Adolescentes: desafios atuais na Saúde Mental”*; integrando também a contribuição de outros especialistas da área.

Percorremos, assim, o seguinte caminho:

- a compreensão da adolescência e juventude brasileira real, discutida em suas condições econômicas, raciais e patriarcais que estruturam a sociedade brasileira e que, muitas vezes, por desconhecimento ou reflexão levam à estigmatização deste público, exposta por Regina Figueiredo e Marisa Feffermann;

- a estrutura disponível para a Saúde Mental e sua rede no estado de São Paulo, apresentada por Alina Zoqui de Freitas Cayres, Rosângela Elias, Kátia Paiva e Maria Ermínia Ciliberti;

- o panorama como esses atendimentos vêm sendo realizados, seus limites e necessidades, apresentado por Teresa E. Rosa e Ligia Pupo;
- a proposta de Linha de Cuidado da Adolescência e Juventude para o SUS-SP para a Saúde Mental deste público, apresentada por Regina Figueiredo, Sandra M. Garcia e Mariana Nasser;
- a terrível realidade de medicalização destes grupos, discutida por Marilene P. Rebello de Souza e Camila S. Guaragna;
- a importância de uma atuação antirracista, indicada por Emiliano de Camargo David;
- a consideração sobre o sofrimento vivido por adolescentes e jovens LGBTQIAP+; apresentada por Caio Henrique de Souza Ferreira Berdeville, Daniel Nigro Lopes, Kamila Baruque Bignotto e Amilton dos Santos Júnior;
- o envolvimento de adolescentes jovens com o tráfico de drogas, explanado por Marisa Feffermann;
- os casos de suicídio entre adolescentes e jovens, apresentado por Sandra M. Garcia e Tirza Aidar;
- a importância dos PTS para a promoção da Saúde Mental, salientado por Paulo Cezar da Silva;
- o manejo diante de crises, discutido por Rossana Maria Seabra Sade e Nazareth Malcher;
- a importância dos dispositivos, Pontos de Cultura, Pontos de Economia Solidária e Centros de Convivência e Cooperativa (CECCOs) e das experiências de enfrentamento à violência do município de São Paulo, da Rede de Violência de Jacareí, e do Consultório de Rua de Santo André, apresentada, respectivamente, por Isabel Cristina Lopes, Alexander A. Rodrigues e colegas; por Andrea Batista de Oliveira e colegas; e por Antonio Rinaldo Pagni;

- jovens cumprindo Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade, discutido por Décio Perroni Ribeiro Filho e Natache Oliveira;

- a experiência do Instituto Cultural Barong na promoção de Saúde e autoestima no incentivo à profissionalização de jovens em situação de medida socioeducativa, descrita por Regina Figueiredo, Marta McBritton e colegas.

- a visão de trabalho com adolescentes em situação de vulnerabilidade do Projeto Quixote, refletida por Auro D. Lescher e Cláudio S. G. Loureiro;

- a incrível experiência de articulação e de realização do Fórum Municipal de Saúde Mental de São Paulo, discutida por Fernanda A. Pimentel, Laís V. Ferreira e Débora R. França.

Assim, esperamos contribuir para que profissionais e gestores dos diversos serviços que atuam com o público de adolescentes e jovens no estado de São Paulo, discutam e promovam ações de promoção da Saúde Mental para esses sujeitos que são o futuro de nosso país...

Regina Figueiredo – Instituto de Saúde/SES-SP^I
Alina Zoqui de Freitas Cayres – Área Técnica de Saúde Mental/SES-SP^{II}
Maria Ermínia Ciliberti – COSEMS/SP^{III}

I Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é Cientista Social, Mestre em Antropologia, Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, Membro do grupo técnico de Saúde do Adolescente, do Comitê de Saúde Integral à Saúde LGBT e do projeto de implementação da “Linha de Cuidado para a Adolescência e Juventude para o SUS-SP” (LCA&J) e do Comitê de Saúde Integral da População LGBT desta secretaria.

II Alina Zoqui de Freitas Cayres (azoqui@saude.sp.gov.br) é Psicóloga, Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), Professora do curso de pós-graduação Psicoterapia de Orientação Psicanalítica da Universidade Mackenzie, Pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental Coletiva (LASAMEC) desta faculdade, Integrante do Núcleo Técnico de Humanização (NTH) e do Grupo Coordenador do Programa Autoestima de Formação e Atendimento Virtual em Saúde Mental da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), onde compõe a Área Técnica de Saúde Mental.

III Maria Ermínia Ciliberti (mariaerminia@cosemssp.org.br) é Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), em Gestão Pública em Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSC), em Democracia Participativa e Movimentos Sociais pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em Psicossomática Psicanalítica pelo Instituto Sedes Sapientiae, atua como Assessora Técnica do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP).

Organizadoras e Autores da Obra

Organizadoras

Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é Cientista Social, Mestre em Antropologia, Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, Membro do grupo técnico de Saúde do Adolescente, do Comitê de Saúde Integral à Saúde LGBT e do projeto de implementação da “Linha de Cuidado para a Adolescência e Juventude para o SUS-SP” (LCA&J) e do Comitê de Saúde Integral da População LGBT desta secretaria.

Alina Zoqui de Freitas Cayres (azoqui@saude.sp.gov.br) é Psicóloga, Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), Professora do curso de pós-graduação Psicoterapia de Orientação Psicanalítica da Universidade Mackenzie, Pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental Coletiva (LASAMEC) desta faculdade, Integrante do Núcleo Técnico de Humanização (NTH) e do Grupo Coordenador do Programa Autoestima de Formação e Atendimento Virtual em Saúde Mental da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), onde compõe a Área Técnica de Saúde Mental.

Maria Ermínia Ciliberti (mariaerminia@cosemssp.org.br) é Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), em Gestão Pública em Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSC), em Democracia Participativa e Movimentos Sociais pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em Psicossomática Psicanalítica pelo Instituto Sedes Sapientiae, atua como Assessora Técnica do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP).

Outros autores

Parte I:

Marisa Feffermann (mfeffermann@gmail.com) é Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (USP) e Pós-Doutora em Investigação em Ciências Sociais, Infância e Juventude pelo Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais (CLACSO), Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde.

Rosângela Elias (roelias61@gmail.com) é Fonoaudióloga pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Especializada em Gestão Pública em Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSC), Coordenadora de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo de 2009 a 2012 e da Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de 2012 a abril de 2023. atualmente é Consultora em Transtornos do Espectro Autista e Saúde Mental.

Kátia Paiva (kpaiva@saude.sp.gov.br) é Psicologia pelo Instituto Unificado Paulista (IUP - atual UNIP), Especialização em Saúde Mental pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP), Especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (FIPOCRUZ), Pós-Graduada em Psicanálise pelo Instituto de Pesquisa em Psicanálise de São Paulo.

Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é Psicóloga pela Universidade de São Paulo (USP), Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), Pesquisadora científica e Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS/SES-SP).

Ligia Rivero Pupo (ligiapupo@gmail.com) é Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Mestre em Ciências da Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP), Pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS/SES-SP).

Sandra Mara Garcia (sandragarciasp@gmail.com) é Antropóloga pela Universidade de Brasília (UNB), Licenciada em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-SP), Mestre em Gênero e Estudos de Desenvolvimento pela University of Sussex, Inglaterra, Doutora em Demografia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Pesquisadora e Coordenadora do Núcleo de População e Sociedade do Centro Brasileiro de Análises e Planejamento (CEBRAP), Pesquisadora associada do Projeto “Linha de Cuidado para a Adolescência e Juventude para o SUS-SP” (LCA&J).

Jan Billand (jsj.billand@gmail.com) é Psicólogo e Doutor em Psicologia Social pela Université Paris 13 com dupla titulação em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), Pós-Doutorando vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP) e Pesquisador associado do Projeto “Linha de Cuidado para a Adolescência e Juventude para o SUS-SP” (LCA&J).

Mariana Arantes Nasser (manaranasser@gmail.com) é Médica pela Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB/UNESP), Especialista em Medicina Preventiva e Social pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FMUSP), Doutora em Ciências - Área de Medicina Preventiva pela FMUSP, atua como Médica Sanitarista do Centro de Saúde Escola Professor Samuel Barnsley Pessoa (CSEB) da (FMU-SP), Professora adjunta da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP), Pesquisadora Coordenadora do Projeto “Linha de Cuidado para a Adolescência e Juventude para o SUS-SP” (LCA&J).

Parte II

Marilene Proença Rebello de Souza (mprdsouz@usp.br) é Psicóloga, Mestre, Doutora, Livre-Docente em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP), atua como Professora e Bolsista do Programa de Produtividade em Pesquisa CNPq.

Camila Sanches Guaragna (camilaguaragna@usp.br) é Psicóloga pela Universidade do Estado de São Paulo (UNESP) - campus Bauru, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP).

Emiliano de Camargo David (emilianocamargodavid@yahoo.com.br) é Psicólogo, Mestre e Doutor em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Integrante do AMMA Psique e Negritude; do Grupo de Trabalho Racismo e Saúde, da ABRASCO.

Caio Henrique de Souza Ferreira Berdeville (caio.berdeville@gmail.com) é Aluno de Graduação em Medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP); Pesquisador de Iniciação Científica no Laboratório de Neuroproteômica da (UNICAMP), Presidente da Liga de Psiquiatria e Saúde Mental da (FCM/UNICAMP).

Daniel Nigro Lopes (mdanieln.l@hotmail.com) é Médico pela Faculdade de Medicina de Catanduva (FAMECA), com Residência Médica em Psiquiatria pelo Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira e em Psiquiatria da Infância e Adolescência na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP), Preceptor de Psiquiatria na Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic.

Kamila Baruque Bignotto (kamilabbignotto@gmail.com) é Médica pela Universidade de Araraquara (UNIARA), com Residência Médica em Psiquiatria pela Secretaria de Saúde de Sorocaba (SES-Sorocaba) e em Psiquiatria da Infância e Adolescência pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP). Colaboradora do Departamento de Psiquiatria no Ambulatório de Gênero desta universidade.

Amilton dos Santos Júnior (amilsjr@unicamp.br) é Médico Psiquiatra, Mestre e Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP), Professor Livre-Docente do Departamento de Psiquiatria desta universidade.

Sandra Mara Garcia (sandragarciasp@gmail.com) é Antropóloga pela Universidade de Brasília (UNB), Mestre em Gênero e Estudos de Desenvolvimento pela University of Sussex, Inglaterra, Doutora em Demografia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Pesquisadora Sênior e Coordenadora do Núcleo de População e Sociedade do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP).

Tirza Aidar (taidar@unicamp.br) é Bacharel e Mestre em Estatística, Doutora em Demografia pela (UNICAMP), Professora do Programa de Pós-Graduação em Demografia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH/UNICAMP), Pesquisadora no Núcleo de Estudos de População Elza Berquó (NEPO) da UNICAMP.

Rossana Maria Seabra Sade (seabra.sade@unesp.br) é Psicóloga, Especialista em Educação Especial pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Mestre em Educação pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), Doutora em Educação pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Pós-Doutorada em Desinstitucionalização pelo Dipartimento di Salute Mentale do Centro Collaboratore OMS per la Ricerca e la Formazione, em

Trieste, na Itália, onde é Pesquisadora e Colaboradora, atua como Professora na UNESP, Ex-Coordenadora da Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva (malchersilva@unb.br) é Terapeuta Ocupacional pela Universidade Estadual do Pará (UEPA), Especialista em Saúde Mental, Mestre e Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UNB), Pós-Doutorada em Psicologia UFPA e pela Università degli Studi di Torino, na Itália, Docente do Curso de Terapia Ocupacional na Faculdade Ceilândia, Universidade de Brasília (UNB), Coordenadora do Grupo de Pesquisa Fenomenologia e Cotidiano (FOCO), Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA), atua como Pesquisadora do Núcleo de Pesquisas Fenomenológica (NUFEN).

Paulo Cezar da Silva (assistentesocial.paulo@gmail.com) é Assistente Social pela Universidade de Santo Amaro (UNISA), Gestor do Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil III (CAPS-IJ III), Santana.

Parte III:

Isabel Cristina Lopes (e-mbelacrislopes@gmail.com) é Psicóloga pela Universidade Guarulhos (UNG), Sanitarista pela Universidade de São Paulo (USP), Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Membro do Fórum Nacional de Prevenção e Pós-venção do Suicídio nas (e das) Universidades e Escolas do Ensino Médio e Fundamental, Consultora para políticas públicas na perspectiva da religação de saberes no campo da Saúde, Saúde Mental, Cultura, Educação, Meio Ambiente Trabalho, Arte e Direitos Humanos.

Alexander Augusto Rodrigues (alexander3augusto@gmail.com) é Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Ex-Estagiário na interlocução da Área Técnica de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência da Coordenadoria Regional de Saúde Sul da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (SMS/PMSP).

Cassia Liberato Muniz Ribeiro (clmribeiro@prefeitura.sp.gov.br) é Cirurgiã Dentista e Educadora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), Especialista em Gestão em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), Assessora Técnica na interlocução da Área Técnica de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência da Secretaria Municipal em Saúde da Prefeitura de São Paulo (SMS/PMSP).

Elaine Aparecida Lorenzato (elainelzt@yahoo.com.br) é Psicóloga, Pós-Graduada em Saúde Pública pela Instituição de Formação da AVM Faculdade Integrada, Pós-Graduada em Violência em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Especialização em Extensão em Desenvolvimento Emocional Primitivo Winnicotiano pelo Instituto de Pesquisa e Educação em Saúde de São Paulo (IPPESP).

Lucia Ferraz Correa (lfcorrea@prefeitura.sp.gov.br) é Psicóloga pela Universidade Metodista, Psicanalista pelo Núcleo de Estudos em Psiquiatria e Psicanálise (NEPP), Assessora Técnica na interlocução da Área Técnica de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência da Coordenadoria Regional de Saúde Sul da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (SMS/PMSP).

Maria Isabel Metzler Guedes (belguedes7@gmail.com) é Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Estagiária na interlocução da Área Técnica de

Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência da Coordenadoria Regional de Saúde Sul da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (SMS/PMSP).

Maria Lucia Aparecida Scalco (luscalco@uol.com.br) é Psicóloga, Pós-Graduada em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) – campus Ribeirão Preto, Especialista em Impactos da Violência pela FIOCRUZ e Aprimoramento em Apoio Institucional do SUS pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (SMS), Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Natália Gaspareto (ngaspareto@prefeitura.sp.gov.br) é Nutricionista, Mestre em Ciências do Envelhecimento pela Universidade São Judas Tadeu, Analista em Saúde no Núcleo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Divisão de Vigilância Epidemiológica da Coordenação de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (DVE/COVISA/SMS/PMSP).

Patrícia Leal Sousa (patricialeal@prefeitura.sp.gov.br) é Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFESP, Analista em Saúde na interlocução da Vigilância de Violência e Acidentes da Coordenadoria Regional de Saúde Sul da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (SMS/PMSP).

Rosana Aparecida Soares de Jesus (rasoares@prefeitura.sp.gov.br) é Enfermeira pela UFRJ, Assessora Técnica na interlocução da Área Técnica de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência da Coordenadoria Regional de Saúde Sul da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (SMS/PMSP).

Ruy Paulo D'Elia Nunes (rdelia@prefeitura.sp.gov.br) é Médico Sanitarista e Psiquiatra, com Aprimoramento em Apoio Institucional do SUS pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (SMS), Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Uni-

versidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Analista em Saúde/Médico na interlocução da Vigilância de Violência e Acidentes da Unidade de Vigilância em Saúde da Sé da Coordenadoria Regional de Saúde Centro da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (SMS/PMSP).

Andrea Batista de Oliveira (andrea.oliveira@jacarei.sp.gov.br) é Psicóloga pela Universidade Paulista (UNIP), Especialista em Prevenção e Posvenção do Suicídio pelo Instituto Vita Alere, atua como Assessora na Secretaria Municipal de Saúde de Jacareí-SP.

Benedito Alexandre de Moraes (conselhojacarei@gmail.com) é Psicólogo pela Universidade Braz Cubas, Membro do Conselho Tutelar de Jacareí-SP.

Célia Maria Raposo (celia.raposo@educacaei.sp.gov.br) é Psicóloga pela Universidade Federal Fluminense (FF), Especialista em Educação Especial, Supervisora de Projetos Educativos da Secretaria Municipal de Educação de Jacareí-SP.

Cristina Henrique da Silva Passos (conselhojacarei@gmail.com) é Assistente Social pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP). Membro do Conselho Tutelar de Jacareí-SP.

Daniela Aparecida Guedes de Paula (daniela.paula@educacao.sp.gov.br) é Pedagoga pela Universidade Bandeirantes (UNIBAN), Especialista em Ética, Saúde e Valores na Escola e em Gestão de Resultados pela Universidade de São Paulo (USP), Mestre em Educação pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Aluna Especial do Programa de Doutorado da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Supervisora de Ensino da Rede Estadual Paulista, Interlocutora Regional do Programa de Melhoria da Convivência e Proteção Escolar (CONVIVA SP).

Liz Grace Ferreira (liz.ferreira@jacarei.sp.gov.br) é Assistente Social pela Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP) e Especialista em Gestão Pública pela Faculdade de Educação São Luís, em Cultura da Paz pelo Instituto Educacional do Vale do Paraíba, atua como Supervisora de unidade do Centro de Referência em Assistência Social (CREAS) de Jacareí-SP.

Marilis Bason Cury (marilis.cury@jacarei.sp.gov.br) é Graduada em Odontologia pela Universidade do Estado de São Paulo (UNESP), Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Taubaté (UNITAU), em Saúde da Família pela Universidade Federal de São Paulo, Especialista nos Impactos da Violência na Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Articuladora do Internato Médico na Secretaria de Saúde do Município de Jacareí-SP.

Suellen de Lourdes Borrett Silva (suellen.borrett@jacarei.sp.gov.br) é Psicóloga pela Universidade Dom Bosco (UniDomBosco), Especialista em Violência e Problemas Comportamentais na Infância e na Adolescência pelo Centro de Direitos Humanos – Programa CUIDAR – Itanhaém-SP, Supervisora do Programa Família Segura da Secretaria de Saúde de Jacareí-SP.

Telma Araújo Porto Couto (telma.araujo@educacarei.sp.gov.br) é Pedagoga, Supervisora do Núcleo de Atendimento Multidisciplinar (NAM) da Secretaria Municipal de Educação de Jacareí-SP.

Antonio Rinaldo Pagni (arpagni@santoandre.sp.gov.br) é Psicólogo pela Universidade Bandeirante de São Paulo, Encarregado Técnico de Saúde da Prefeitura de Santo André-SP.

Décio Perroni Ribeiro Filho (decioperronifilho@gmail.com) é Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo (USP), Psicólogo/Psicanalista em Clínica Individual e Grupal, Supervisão Institucional e Colaborador no Programa Papo e no De-

partamento de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HC/FM/USP).

Natache Oliveira (natachecris@gmail.com) é Psicóloga pela Universidade Braz Cubas, Especialista em Psicologia Jurídica pelo Instituto Sedes Sapientiae, Gerente Técnica da Gerência Psicossocial do Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescentes do Estado de São Paulo (Fundação CASA), Docente da Fundação Santo André (FSA).

Marta McBritton (martamcbritton@gmail.com) é Graduada em Gestão de Projetos Sociais pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Presidente do Instituto Cultural Barong, idealizadora do projeto.

Welton Gabriel Lima dos Santos (welton@barong.org.br) tem formação parcial em Educação Física pelo Centro Universitário Ítalo Brasileiro (UNÍTALO), é Agente de Prevenção do Serviço Especializado em DST/Aids do M'Boi Mirim (SAE M'Boi) e do Instituto Cultural Barong.

Natália Araújo Ferreira (natalia@clinicaproceder.com.br) é Psicóloga pela Universidade Metodista de São Paulo (UMSP), Pós-Graduada em Avaliação Psicológica, Psicologia Forense e Investigação Criminal pela Faculdade Descomplica, com formação em Saúde Sexual e Reprodutiva e Prevenção de DST/Aids pelo Barong, Promotora de Educação em Saúde, Responsável técnica da Proceder, em Mauá.

Danilo Batista de Souza (danilosouzatatto@gmail.com ; facebook: Danilo Batista) é formado em Tatuagem pelo Val Tattoo de Santo Amaro, autodidata, atua há 8 anos como tatuador profissional, é Professor de Tatuagem dos projetos do Instituto Cultural Barong.

Fernanda Peres Guidolin (barong.fernanda@gmail.com) é Graduada em Turismo pela Universidade Anhembí Morumbi, Assistente de Direção do Instituto Cultural Barong.

Filipe da Trindade Barbosa (flp.trindade12@gmail.com) é Rapper e agente auxiliar de saúde do Instituto Cultural Barong, Ex-Atendente de público do setor de IST do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids de São Paulo.

Margarete de Jesus Fernandes (barong.margarete@uol.com.br) é Bacharel em Letras pela Pontifícia Universidade de São Paulo (PUC-SP), Especializada em Direito Imobiliário pela parceria Fundação Armando Álvares Penteado e Faculdades Metropolitanas Unidas (FAAP-FMU), atua como Co-coordenadora de projetos no Instituto Cultural Barong.

Daniel Rubio (danrubio_2000@yahoo.com; site: <https://www.ar-tver.com/daniel-a-rubio>) é Publicitário pela Escuela de Publicidad de Chile, Produtor e Documentarista há 35 anos, Ganador do Prêmio de Melhor Vídeo documentário no Cinesul 2005, com "Tobias 700 - A História de uma Ocupação", entre outros prêmios de juri ganhos por documentários de países de latino-americanos.

Marsilene de Lima Aquino Fontana (marsilene@acaonsfatima.org.br) é Pedagoga pelo Centro Universitário Ítalo Brasileiro (UNI-ÍTALO), Ex-Coordenadora do SME Santo Amaro e SME Cidade Dutra, idealizadora do projeto e atual Técnica Social do Instituto Social Nossa Senhora de Fátima.

Leonel Passos da Silva (passosleonel@ymail.com) é Graduado em Administração de Empresas pela Universidade São Judas Tadeu, Psicólogo pela Universidade Cruzeiro do Sul, Especialista em Gestalt-Terapia clínica e institucional pela Universidade Cruzeiro do Sul.

Auro Danny Lescher (aurolescher@gmail.com) é Médico Psiquiatra, Mestre em Filosofia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), atua como Psicoterapeuta, Coordenador do Projeto Quixote.

Cláudio Silva Gonçalves Loureiro é Psicólogo pelas Faculdades São Marcos, Psicoterapeuta de adolescentes e adultos, Supervisor Clínico do Projeto Quixote, Supervisor Institucional do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS) III-AD São Matheus.

Fernanda de Almeida Pimentel (fpimentel@unifesp.br) é Terapeuta Ocupacional pela Pontifícia Universidade Católica de Campina (PUC-SP), Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), atua como Terapeuta Ocupacional, Supervisora Clínico-Institucional de equipes do Centro de Atenção Infantojuvenil (CAPS-IJ) no Município de São Paulo, Ex-Gerente de CAPS-IJ.

Laís Vignati Ferreira (laisfonoaudiologa@gmail.com) é Fonoaudióloga e Mestre em Ciências, pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP), atua como Fonoaudióloga da Secretaria de Saúde do Município de Osasco-SP, Ex-Gerente de CAPS-IJ.

Débora Ribeiro de França (debfranca29@gmail.com) é Psicóloga pela Universidade Cruzeiro do Sul, Especialista em Psicopatologia e Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), e atua como Supervisora de Saúde Mental do CAPS-IJ.



@lookstudio. Freepik.

Parte I – Adolescência e Juventude no Brasil Atual, Panorama e Propostas em Saúde Mental

Adolescência e Juventude no Brasil: quando as contradições sociais se explicitam

Regina Figueiredo^I, Marisa Feffermann^{II}

Resumo: Faz-se um panorama da adolescência e juventude brasileira, a partir de sua realidade socioeconômica, racial, cultural e geracional, explicitando as vulnerabilidades em que estão inseridas para pensar a Saúde Mental, de forma a apresentar o perfil real dos atendidos no SUS e afastar modelos idealizados de adolescência e família que não correspondem ao público da Saúde Pública brasileira.

Palavras-chave: Adolescência; Atenção em Saúde; Saúde Mental; Vulnerabilidade.

Introdução

O objetivo deste capítulo é destacar a realidade da adolescência e juventude brasileira. Explicitá-la, fugindo de dogmas biologizantes ou que naturalizam conflitos como típicos; mas, ao contrário, busca-se situar esses sujeitos como “cidadãos-reflexo” com comportamentos e expressões-resposta de seu entorno, do meio social em que vivem e das contradições desse ambiente que os tornam sujeitos de conflitos. Não porque sejam, em si, conflitantes, mas porque revelam as contradições da sociedade: são “jovens e adolescentes reveladores” das estruturas de

I Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é Cientista Social, Mestre em Antropologia, Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, Membro do grupo técnico de Saúde do Adolescente, do Comitê de Saúde Integral à Saúde LGBT e do projeto de implementação da “Linha de Cuidado para a Adolescência e Juventude para o SUS-SP” (LCA&J) e do Comitê de Saúde Integral da População LGBT desta secretaria.

II Marisa Feffermann (mfeffermann@gmail.com) é Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (USP) e Pós-Doutora em Investigação em Ciências Sociais, Infância e Juventude pelo Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais (CLACSO), Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde.

desigualdade, opressões, ultrapassadas que impedem o crescimento, a expressão do ser que quer viver e que ainda tem energia (e muita) para “denunciar” e se embater com a realidade que muitos adultos teimam em ofuscar; realidade onde a obediência é tida como regra, com a constante ameaça de inclusão marginal e encarceramento. Essas reclusões ocorrem por necessidades sociais, por penalização ou mesmo por questões psiquiátricas, conforme apresentaremos a seguir.

Adolescência da pobreza e inclusão marginal

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, hoje, existem cerca de 32,58 milhões de adolescentes vivendo em municípios paulistas, este número corresponde a 3,29 milhões de meninas e 3,16 milhões de meninos na faixa etária dos 10 aos 19 anos¹.

Faixa Etária	Brasil			Estado de São Paulo		
	homens	mulheres	total	homens	mulheres	total
10 a 14 anos	7.995.758	7.651.855	15.647.613	1.585.779	1.514.240	3.100.019
15 a 19 anos	8.619.083	8.318.168	16.937.251	1.702.344	1.641.210	3.343.554
total	16.614.841	15.970.023	32.584.864	3.288.123	3.155.450	6.443.573

Fonte: IBGE.

Quanto ao padrão socioeconômico, no país, 70% dos brasileiros ganham até 2 salários mínimos². São pelo menos, 10,1 milhões de desempregados², mais de ¼ das famílias vivendo na pobreza ou extrema pobreza; 62,5 milhões de pessoas³.

Entre adolescentes brasileiros, são no mínimo, 2,7 milhões em situação de baixa renda no país³, 6,6% em estado de desnutrição que totalizam cerca de 181.098.13.140⁴. Apenas no estado de São Paulo, são cerca de 1 milhão de adolescentes pobres ou extremamente pobres³, 13.140 em desnutrição⁴.

Morando em situação de rua, temos 221.000 pessoas no país⁵, mais de 66.000 no estado de São Paulo segundo o Movimento Pop Rua⁶, sendo 42.420 apenas na capital, segundo o “Censo de Crianças e Adolescentes em Situação de Rua 2022”⁷. Este último Censo feito pela Prefeitura de São

Paulo, registra 1.575 adolescentes; cerca de 10,7% deste total pernoita nas próprias ruas e 16,2% estão acolhidos nos serviços de acolhimento Institucional para crianças e adolescentes (SAICAs) ou em centros de acolhida especial (CAES); e cerca de 73,1% sobrevive das próprias ruas⁷.

Essa situação mostra o grau de precariedade com que vive a maioria dos adolescentes brasileiros, além da extrema dependência que tem de políticas governamentais de inclusão e assistência social. Esses adolescentes, portanto, vivem em um sistema socioeconômico que não releva suas necessidades básicas, não os vislumbra como cidadãos, apesar do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁸, não os planeja como o futuro da nossa nação.

Como é uma situação de exclusão socioeconômica registrada de forma contínua no histórico brasileiro, um continuum de inclusão/exclusão⁹ de um sistema que não promove um Estado de Bem-Estar Social básico, faz com que grande parte dos adolescentes e jovens já não se constituam como marginalizados, mas como incluídos marginalmente. Ou seja, o sistema os aloca como parte de um grupo de famílias não necessárias, como uma subclasse, que se antes servia como exército de trabalho reserva¹⁰, com o aprofundamento do neoliberalismo não chega nem a ser destinada à reposição. Como dizem Alves e Escorel¹¹, ocupam uma zona “circunscrita aos inaptos para o trabalho, inválidos de todo tipo, como idosos, doentes sem recursos, crianças abandonadas, miseráveis, entre outros, com frágil inserção social” (p. 107).

Nesse sentido, o sistema lhes reserva uma inclusão precária, “inclusão marginal”¹². Podemos concluir, que são dispensáveis e, portanto, sujeitos à redução, se necessário, até ao extermínio quando atrapalham o sistema vigente.

Adolescência institucionalizada

- Reclusão por desestruturação no cuidado familiar:

A desestruturação social gera problemas de vínculo, descuido e violências. No Brasil, calcula-se que 34.000 crianças e adolescentes vivem em casas de acolhimento, abrigos e instituições públicas¹³. No estado de

São Paulo, são cerca de 8.300¹⁴. Geralmente são crianças que foram abandonadas, sofreram negligência ou maus-tratos no cuidado, inclusive violência familiar, física e/ou sexual. Esse também é motivo que faz muitos irem para as ruas ou fugirem da família.

A violência doméstica no Brasil é alarmante; desconsiderando subnotificações, apenas em 2020, foram mortos, por este tipo de incidente, 708 adolescentes na faixa de 10 a 19 anos; 5% destes com 10 a 14 anos e 95% a maioria absoluta, com 15 a 19 anos. Proporcionalmente, os crimes domésticos ocorrem nessa última faixa, principalmente atingindo meninas, 27% contra 14% dos meninos¹⁵.

Da mesma forma, a violência sexual doméstica ocorre predominantemente contra meninas. Das 11.099 ocorrências registradas entre adolescentes na faixa etária de 12 a 17 anos, a grande maioria femininos¹⁵.

- Reclusão por Saúde Mental:

Segundo o Ministério da Saúde, em 2022 houve 226.107 internações hospitalares de adolescentes no país, que conta 4.998 leitos¹⁷ em 477 hospitais gerais e 92 hospitais especializados em Psiquiatria e Saúde Mental¹⁸ por razões psiquiátricas. Dessas internações, 20.455 (9%) foram de adolescentes de 10 a 19 anos. Apenas no estado de São Paulo, a quantidade de internação de adolescentes foi de 4.032 atendimentos, cerca de 1/5 dos atendimentos nacionais para esta faixa etária nacional.

Quanto ao uso de álcool e outras drogas, o estado de São Paulo registrou 4.032 internações hospitalares¹⁸, que utilizam também serviços nas polêmicas comunidades terapêuticas, desde a adoção desta parceria em 2012 pelo Ministério da Saúde para compor a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹⁸, para internações por períodos que variam de 1 a 12 meses.

Do total de 1.800 entidades cadastradas no país para este fim¹⁹, com 17.300 vagas²⁰, cerca de 1/5 abrigam jovens de 12 a 17 anos¹⁹, que apenas de 2016 a 2019 somaram 1.300 pacientes atendidos – prática comum e que se minimizou com a decisão da juíza Joana Carolina Lins Pereira, da 12ª Vara Federal de Pernambuco, em julho de 2021, que proibiu a inter-

nação de crianças e adolescentes nessas instituições e obrigou a liberação em 3 meses das que já estavam internadas, gerando jurisprudência quanto à questão²¹.

No estado de São Paulo, em 2009 contava, ao menos, 420 comunidades terapêuticas atuando em diferentes municípios²² com cerca de 2.000 leitos para internação. Só o Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas do Estado de São Paulo (CRATOD/SP), fechado em 2023 na capital paulista, encaminhou 5.965 internações de 2019 a maio de 2022²³.

- Reclusão por envolvimento em delitos:

Entre a busca de complemento de renda para a família e/ou para si, esses adolescentes partem, muitas vezes, para trabalhos informais e até prostituição. A falta de perspectiva também envolve muitos no uso e venda de drogas ilegais.

A Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (CASA) registra que há, no estado de São Paulo, em junho de 2023, 4.995 sob sua responsabilidade – 95,5% deles meninos e 4,5% meninas – em situação de medida judicial na faixa etária de 12 a cerca de 21 anos²⁴. Dos internos, a faixa etária até 18 anos totaliza 3.369, sendo:

	12 a 14 anos	15 a 17 anos	18 a +	Total
Quantidade	312	3.457	996	4.765

A origem de residência desses adolescentes são:

Capital	Outros municípios da Grande SP	Interior	Litoral	Outros Estados	S/I
24,3%	15,2%	52,3%	7,2%	0,6%	0,4%

A maioria absoluta destes, 86,2% estão em situação de internação, cumprindo medida devido ao tráfico de drogas (40,0%) e furtos e roubos (46,2%)²⁴.

Racismo, precarização e violências contra adolescentes e jovens

- A lógica do Estado Penal:

Para analisar a situação de adolescentes e jovens brasileiros, a violência deve ser pensada como marca indelével: “moinho para moer gente”. Esta é a expressão que reflete a história do país.

O massacre e genocídio dos povos indígenas; o período escravocrata com a “importação” de africanos, submetidos à escravização e maus-tratos; o pós-abolicionismo com suas ideologias de branqueamento e eugenia são algumas das lógicas que permeiam a formação do Brasil, pautadas na tortura, na violência e no silenciamento. Mas também é a história de muita luta, revolta e insurgência dos reprimidos – que até hoje são alvos e são usados como “justificativas” em todas e cada uma das ações repressivas ainda adotadas pelo Estado, reforçando o estereótipo de grupo perigoso.

Essas violências explicitam o que Mbembe²⁵ denomina de “políticas de morte” (p. 5-6). A violência é constitutiva do país e, muitas vezes, por isso, invisibilizada e/ou banalizada. Assim, essa “necropolítica” se constitui como um processo de “o poder e a capacidade de ditar quem pode viver e quem pode morrer” (p. 5). São políticas de governo que matam por intermédio do uso das forças de segurança, como também deixando morrer os que vivem em situações de vulnerabilidade. São as políticas de morte.

As políticas econômicas do Capitalismo que estão na fase neoliberal, devem estar associadas à compreensão da lógica de um Estado Punitivo, cujo objetivo principal é o controle, em detrimento de um Estado de Direito que garanta políticas de proteção social e de direitos sociais. Como a concentração de capital se realiza em monopólios, para garantir a governabilidade e a legitimidade do sistema social desigual são necessárias políticas punitivas, o que Wacquant²⁶ chama de “Estado Penal”: encarceramento em massa, extermínio de populações e “consolo” através de políticas assistenciais.

Assim, a necessidade de conter e reprimir se expressa através de diferentes formas de segregação e políticas. A adesão à ordem estabelecida é feita pelo medo e pela insegurança e a sociedade reforça e aceita uma dinâmica de contenção e disciplina. Para Wacquant²⁶, a dominação no Capitalismo é um fenômeno macroestrutural, que inclui a relação entre a economia e o Estado. No Estado Penal, os pobres passam a ser controlados a partir de uma forte intervenção do Estado nas políticas sociais e de segurança.

Na perspectiva de garantir este controle sobre as populações pobres, pode-se verificar a promoção, por meio dos meios de comunicação, da exacerbação dos sentimentos de insegurança e medo, que se constituem como elementos essenciais para que a política criminalizadora se desenvolva. Constrói-se o estigma reforçado pela lógica punitiva; desta forma, percebe-se que, cada vez mais, isso se reflete na exigência de um rigor punitivo pela sociedade, que se vê aterrorizada, demanda que se traduz em penas severas para os considerados transgressores e na criminalização generalizada das condutas.

Em nome da Segurança Pública, cria-se um Direito Penal Excepcional, que reforça e reproduz o ciclo devastador da violência e que impõe discursos e políticas na tentativa de legitimar esse modelo de intervenção estatal, tal como ocorre com a Política de Tolerância Zero, o Direito Penal do Inimigo, e o Movimento da Lei e da Ordem. Essas propostas reforçadas pelo sentimento de insegurança são reforçadas pela Doutrina de Segurança Nacional que, em nome da “segurança do regime”, não tolera “antagonismos internos”.

- Punição e exclusão de adolescentes e jovens:

Nessa ordem social, os processos de criminalização dos adolescentes e jovens, ocorrem também pela violência simbólica, em que se busca, através dos meios de comunicação e instituições sociais, estigmatizá-los como “geradores” da violência, reforçando e reproduzindo um círculo vicioso.

No Brasil, país que, recentemente, em consequência da política de negacionista em relação à covid-19, teve por volta de 700 mil mortes, essa

situação se vê agravada pelo desemprego, subemprego e fome²⁷. São, segundo o IBGE² cerca de mais de 52,7 milhões de pessoas vivendo em situação de extrema pobreza, exclusão social.

País onde o racismo vem se estruturando no processo de construção da desigualdade e, hoje, se estrutura na manutenção dela, por meio de uma extrema discriminação contra os afrodescendentes; estrutura que tem sua origem histórica no passado marcado pela exploração econômica e humana, cujas estratégias de dominação se deram, entre outras formas, por meio de tentativas de genocídio para apagar a história do povo oprimido.

O racismo se constitui, assim, como um pacto social herdado das escravidões, cujo fundamento é a expropriação material e simbólica do segmento negro e, anteriormente, do indígena. Dessa forma, o racismo não pode ser pensado como uma questão meramente individual ou institucional, ele é sempre estrutural como “um elemento que integra a organização econômica e política da sociedade (...) sociedade, e não um fenômeno patológico que expressa algum tipo de anormalidade”²⁸ (p. 15-16). Está ligado a uma estrutura sócio-histórica de produção e reprodução da riqueza, “portanto, é na base material das sociedades que devem ser buscadas as bases do racismo estrutural”²⁹ (p. 65).

Os dados do “Atlas da Violência de 2021”⁴ comprovam tal realidade no país: a violência é a principal causa de morte dos jovens já que, apenas em 2019, dos 45.503 homicídios ocorridos, 51,3% vitimaram adolescentes e jovens entre 15 e 29 anos. Formam uma proporção de 39 vítimas para cada 100 jovens entre 15 e 19 anos, e 38 para 100 entre os de 20 a 24 anos, além dos 31 para cada 100 de 25 a 29 anos, foram 31 para cada 100. Assim, totalizam 23.327 vidas ceifadas prematuramente, em uma média de 64 jovens assassinados por dia no país.

Considerando a série histórica de 2009 a 2019, foram 333.330 mortes vítimas de violência letal, praticamente a população de uma cidade de médio porte⁴; são centenas de milhares de indivíduos que não tiveram a chance de concluir sua vida escolar, de construir um caminho profissional, de formar sua própria família e de serem reconhecidos pelas suas conquistas no contexto social em que vivem.

Ou seja, o país mantém seu caráter autoritário, racista, excludente

e de massacres sistemáticos, formado em relações de poder sistematicamente injustas, de caráter patrimonial e que continua a ser praticada por uma elite latifundiária que, atualmente, está associada ao atual poder político, política de guerra contra a juventude negra e pobre. Com o avanço das políticas neoliberais do Capitalismo isso se acirra, promovendo políticas de “enxugamento” e “Estado Mínimo” que impactam fundamentalmente as políticas públicas sociais.

A precarização da vida desses adolescentes e jovens é refletida na política de exclusão de uma grande parcela da população, que se torna supérflua e excedente, já que não é mais necessária enquanto mão de obra para o acúmulo de capital e nem para a reprodução material da sociedade burguesa. Resgata a ideia de “sujeitos descartáveis” de Agamben³⁰, que resgata a figura do homo sacer do Direito Romano Arcaico, referente às pessoas consideradas “vida nua”; alguém que está no limbo da sociedade e que são inexistentes perante o Estado – processo que retira a humanidade do sujeito, anulando-o socialmente e, desta forma, similar à necropolítica observada por Mbembe²⁵. Ou seja, política da morte exercida sobre o diferente, o empobrecido e o supérfluo, que passa a ser identificado como não-pessoa e que passam a ser vistos e construídos como “monstros”, segundo Negri³¹; “canalhas”, conforme apontou Chomsky³²; “descartáveis”, de acordo com Derrida³³; “vidas nuas” como definiu Bauman³⁴; “os ninguéns” descritos por Galeano³⁵; ou “condenados da terra”, conforme Fanon³⁶.

Essa realidade contribui simultaneamente para a ruptura dos vínculos comunitários e para o desenvolvimento de outros processos violentos, como a discriminação de gênero, estigmatização, racismos, pobreza, problemas ambientais e, exclusão econômica com a fome; problemas que se tornam questões globais.

Esses fatores expressam um cenário social com imensos desafios que se somam ao Estado Penal, à criminalização de adolescentes e jovens, reforçados pelas políticas de criminalização das drogas que se utilizam do discurso proibicionista, com a chamada “Guerra às Drogas”. Nesse sentido, a problemática das drogas, em vez de ser vista como uma questão de Saúde Pública, é transferida para a Segurança Pública, aumentando

a incursão policial nos territórios mais vulnerabilizados onde vivem os adolescentes e jovens negros, pobres.

Adolescência, mudanças geracionais, moralidade e patriarcado

Quando falamos de adolescência, temos que falar sobre as radicais transformações que passaram as estruturas familiares e a própria sociedade brasileira dos anos 1960/1970, geração da maior parte dos pais deste público, até hoje.

- Adolescência e família nos anos 1960/1970:

A princípio devemos considerar a alteração do padrão patriarcal tradicional anterior, com família centrada na autoridade paterna³⁷; seguida pela mãe, muitas vezes dona de casa, e alguns filhos, em média de 7,7 na década de 1970. Conferindo ainda a estrutura desse ambiente, boa parte das famílias ainda residiam em pequenas cidades e no campo³⁸.

Culturalmente, a contenção dos filhos era dada pela hierarquia masculina familiar, com praticamente total controle sobre a vida dos filhos, seja o controle moralmente inculcado ou de poder efetivo, uma vez que podiam abandoná-los, expulsá-los e renega-los pelos genitores, conforme permitia a lei, ou, melhor dizendo, a falta de leis que protegessem crianças e adolescentes. Assim, a educação é basicamente a instrução das boas maneiras do que a família acredita ser o certo e em a obediência.

Como estrutura patriarcal, obviamente havia mais controle sobre as mulheres. As esposas eram praticamente impedidas de separação, pois o desquite era malvisto socialmente e o divórcio inexistente³⁷. Esse controle, obviamente, incluía o plano sexual, desfazendo de mulheres solteiras que mantivessem relações sexuais e, mais incisivamente, tornado escândalo a gravidez de mulheres solteiras, separadas, viúvas ou desquitadas.

Da mesma forma, filhas moças ou adolescentes sofriam forte vigilância, de forma que, ou estudavam em escolas só de meninas, ou não eram permitidas de circular livremente pelo meio urbano e social; sempre acompanhadas pelos homens, ficavam sob os “olhos” da família até que casassem³⁹.

No Brasil e em vários países da América Latina, esse quadro se incrementava com a existência de regimes militares autoritários, que mantinham o controle do meio social, cultural e dos meios de comunicação existentes e utilizados pela maioria dos brasileiros: o rádio, o jornal e revistas, uma vez que a televisão era cara e reservada às elites, pois tinha acabado de chegar ao país (no Brasil em 1950). A mídia transmitia programação de conteúdo aceitável moralmente e as propagandas, um pouco mais desafiadoras uma vez que traziam já o interesse das indústrias pelo consumismo, produziam peças extremamente divididas quanto ao sexo, exibindo produtos para o homem e para a mulher dona de casa.

Essa forma de contato com a realidade social pela leitura ou pela escuta dava um caráter de ficção ao que era lido e ouvido, que não era visto e nem experienciado, mas apenas imaginado pelas pessoas. Para vê-los, era necessário ter acesso geográfico e financeiro ao cinema, época em que imperavam filmes de padrão hollywoodianos com enredos muito pouco realísticos.

Assim, com relação a “comportamentos discordantes” eram tidos como exóticos e fora da familiaridade da sociedade, quase como ficcionais, enquanto a família continuava a reproduzir modelos. Assim, havia mulheres que trabalhavam fora de casa, mas essas eram consideradas “necessitadas” (pela falta da provisão masculina) ou “moderninhas”. Sabia-se também, que havia o alcoolismo e até consumo de outras drogas ilegais, mas essas pessoas eram malfaladas, escondidas e só suportadas quando eram os patriarcas familiares e, quando muito pobres, tidas como responsáveis por esta “vagabundagem”. Da mesma forma, ocorria com pessoas fora do padrão sexual, ou seja, o que hoje chamamos LGBT que sofriam preconceito, expulsão pela família, abandono, ou eram escondidas e até internadas, a menos que fossem os próprios patriarcas “no armário”. O considerado exótico sexual ficava no “ouvi falar”, no “causo”, ou num dado artista ou cantor que “falaram que era”, que denuncia o total preconceito e invisibilidade dos LGBTs⁴⁰.

- Adolescência e família após os anos 1970 até o início deste século XXI:

Desde os anos 1970 vêm ocorrendo mudanças relativas à família e a posição ocupada por adolescentes e jovens no espaço social. Houve uma extensa migração rumo às grandes cidades e modelos femininos foram se alterando, passando a mulher a formar uma nova força de trabalho⁴¹.

Além da menor vigilância dos filhos por parte da família, ressaltada pela urbanização, agrupamento demográfico nas periferias das grandes cidades e pela ausência da mulher, no final do século XX são introduzidos modelos escolares e educacionais que orientam a abertura do diálogo e relações mais horizontais com crianças e adolescentes⁴². A essa percepção somaram-se as campanhas de restrição de castigos físicos e combate à violência doméstica que culminaram com a chamada “Lei da Palmada”, Lei nº 13.010 de 2014⁴³, que promove o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou tratamento cruel, ou degradante, orientando a opinião pública, com discussões de mídia, sobre uma forma mais humana e horizontal de criar crianças e adolescentes.

Essas mudanças provocadas pela urbanização, juntamente à liberdade de ir e vir no território em que se situa o espaço escolar e a promoção de uma cultura de consumo jovem, promoveram novas modas comportamentais entre os adolescentes e jovens, o que se reforçou com o início da Internet e sua popularização a partir dos anos 1990. A interação virtual, além do uso de redes sociais favoreceu a formação de novos comportamentos e identidades, uma vez que ampliou, para o universo jovem, o alcance de universos de interesse e o “bombardeamento” da cultura de massa, que incentiva produtos de consumo e orienta formas de sociabilidade e diversão entre este público.

Segundo a pesquisa “Tik Kids On Line Brasil”⁴⁴, em 2019, já havia cerca de 24,3 milhões de crianças e adolescentes de 9 a 17 anos com acesso à Internet no país, 93% do total deste público. Este uso também decorre de que os adolescentes de hoje, no geral, possuem mais facilidade para

lidar com aparelhos eletrônicos que estão presentes desde a sua infância e da escolaridade que, atualmente é superior à da maioria dos pais nas classes mais populares.

Tudo isso denota uma mudança não apenas de postura entre os adolescentes e jovens, mas também o acesso a conteúdos informativos que antes lhe eram distantes. Não à toa, a última “grande descoberta” jovem são os discursos de gênero e LGBT, que oriundos do universo acadêmico das Ciências Humanas, têm tomado a adolescência em grande parte das escolas de Ensino Médio, provocando um frisson em educadores e famílias.

- Violência doméstica, sexismo e homofobia na família atual:

Apesar das mudanças, a estrutura patriarcal familiar permanece culturalmente dentro das famílias brasileiras, que sofrem, entre outras coisas, com a violência doméstica, que registrou mais de 31.000 denúncias na Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos apenas no 1º semestre de 2022⁴⁵.

Dados da Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo mostram que essa violência acomete sobretudo meninas adolescentes, representando 57%, desde o fato de serem maltratadas também por não cumprir o papel doméstico esperado, até casos de violência sexual em que o maior agressor é o pai biológico, seguido por parentes masculinos e padrastos, mostrando que a estrutura opressora sobre o sexo feminino ainda se mantém.

A pandemia de covid-19 exigindo distanciamento social e, portanto, maior permanência domiciliar demonstra a opressão de crianças e adolescentes desse modelo patriarcal. A violência contra crianças e adolescentes cresceu após o início da pandemia, atingindo 50.098 denúncias no primeiro semestre de 2021, sendo 40.822 (81%) realizadas dentro da casa das vítimas⁴⁶.

Com relação à violência sexual, levantamento da Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, apontou que em 2022 foram registrados 6.998 estupros de vulneráveis até 14 anos, crescimento de 15,7% em relação a 2019⁴⁷.

Nesse sentido, observa-se que a família brasileira não é uma família especificamente protetiva em relação a crianças e adolescentes, atingindo por diversas vezes seu bem-estar, segurança e cidadania.

Essa mesma constatação se observa em relação à população de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis e intersexos (LGBTI). Crianças e adolescentes, pertencentes a essas minorias, sofrem não apenas violência no espaço institucional que deveria lhe ser mais educativo e protetivo, ou seja, na escola e, sobretudo, na família. Pesquisa realizada com estudantes brasileiros identificados como LGBT, informou que 72,6% sofreram agressões verbais na escola e 24,6% violências físicas⁴⁸. A família é a segunda fonte da violência, segundo o Ministério da Saúde⁴⁹.

Nesse sentido, cabe ao Estado e à sociedade, através de ações concretas, como afirma a Constituição Federal brasileira:

“Assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.”⁵⁰ (art. 227)

O mesmo é disciplinado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pirâmide Etária: IBGE Educa Jovens [internet]. [acesso em 10 mar 2023]. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa nacional de amostras domiciliares PNAD contínua [internet]. [acesso em 10 out 2022]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html?=&t=series-historicas&utm_source=landing&utm_medium=explica&utm_campaign=desemprego.

3. Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. As múltiplas dimensões da pobreza na infância e na adolescência no Brasil. Rio de Janeiro; 2023.
4. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. (SISVAN). Relatório do Estado nutricional dos indivíduos [internet]. 2023 [acesso em 10 jun. 2023]. Disponível em: http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios_publicos/relatorio-acomp-nutri.view.php
5. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Atlas da Violência 2021 [internet]. 2021 [acesso em 10 out 2022]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia2021completo.pdf>
6. Movimento Estadual da População de Rua de São Paulo. Levantamento 2019. São Paulo; 2019.
7. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social de São Paulo (SP). Censo de Crianças e Adolescentes em Situação de Rua, 2022 [internet]. 2022 [acesso em 10 out 2022]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/noticias/?p=332785
8. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BR). Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Brasília (DF); 2013.
9. Popay J, Escorel S, Hernández M, Johnston H, Mathieson J, Rispel L. Understanding and Tackling Social Exclusion. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Social Exclusion Knowledge Network; 2008.
10. NUN J. O futuro do emprego e a tese da massa marginal. *Novos Estudos CEBRAP*. 2000; 56:46-52.
11. Alves H, Escorel S. Massa marginal na América Latina: mudanças na conceituação e enfrentamento da pobreza 40 anos após uma teoria. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2012; 22(1):99-117.
12. Martins JS. Exclusão social e a nova desigualdade. São Paulo: Paulus; 1997.
13. Assunção S, Pozebbom ER. Dia da adoção: Brasil tem 34 mil crianças e adolescentes vivendo em abrigos [internet]. 2020 [acesso

- em 10 out 2022]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/05/22/dia-da-adocao-brasil-tem-34-mil-criancas-e-adolescentes-vivendo-em-abrigos>
14. Tribunal de Justiça de São Paulo (SP). Coordenadoria da Infância e da Juventude. Crianças e adolescentes vivendo em abrigos no estado de São Paulo. São Paulo; 2019.
 15. Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil [internet]. 2021 [acesso em 10 nov. 2022]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/panorama-da-violencia-letal-e-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-no-brasil>
 16. Ministério da Saúde (BR). Leitos [internet]. 2023 [acesso em 10 jun. 2023]. Disponível em: https://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp
 17. Ministério da Saúde (BR). Leitos. Morbidade hospitalar por local de residência [internet]. 2023 [acesso em 10 jun. 2023]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nruf.def>
 18. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui o incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União. 26 jan 2012.
 19. Rodrigues A. Ministério vai contratar 6,3 mil vagas em comunidades terapêuticas [internet]. 2021 [acesso em 10 set 2022]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2021-12/ministerio-vai-contratar-63-mil-vagas-em-comunidades-terapeuticas>
 20. Comunidades terapêuticas têm recebido cada vez mais dinheiro público, repassado por municípios, estados e pela União. G1 [internet] 2022 [acesso em 10 nov. 2022]. Disponível em: <https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2022/06/20/comunidades-terapeuticas-tem-recebido-cada-vez-mais-dinheiro-publico-repassado-por-municipios-estados-e-pela-uniao.ghtml>

21. Bezerra L. Justiça suspende internação de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas [internet]. 2021 [acesso em 20 out 2022]. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/07/21/justica-suspende-internacao-de-criancas-e-adolescentes-em-comunidades-terapeuticas>
22. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. Brasília (DF); 2017.
23. Governo do Estado de São Paulo. Busca de dependentes por tratamento aumenta 23% na Cracolândia após intervenção [internet]. 2022 [acesso em 10 set 2022]. Disponível em: <http://www.biblioteca-cajuridica.sp.gov.br/noticias/MostraNoti.asp?par=19658>
24. Governo do Estado de São Paulo. Fundação CASA. Boletim Estatístico. Fundação CASA. São Paulo; 2023.
25. Mbembe A. Necropolítica: Biopoder, soberania, estado de exceção política da morte. São Paulo: N-1 edições; 2018.
26. Wacquant L. Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos. 3 ed. Rio de Janeiro: Revan; 2007.
27. Ministério da Saúde (BR). Painel Coronavírus [internet]. 2023 [acesso em 10 nov 2022]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
28. Almeida S. Racismo estrutural. São Paulo: Pólen Produção Editorial; 2019.
29. Oliveira D. Racismo estrutural: uma perspectiva histórico-crítica. São Paulo: Dandara Editora; 2021.
30. Agamben G. Estado de exceção. São Paulo: Boitempo Editorial; 2014.
31. Negri A. II mostro político. Nuda vita e potenza. In: Fadini U, Negri A, Wolfe C, editores. Desiderio del mostro dal circo al laboratorio alla politica. Roma: Manifestolibri; 2001. p. 179-211.
32. Chomsky N. Quem manda no mundo? São Paulo: Editora Planeta do Brasil; 2017.
33. Derrida J. Assinatura acontecimento contexto. In: Derrida, J. Limited Inc. Derrida J. Margens da Filosofia. Campinas: Papirus; 1977.

34. Bauman Z. 44 cartas do mundo líquido moderno. São Paulo: Companhia das Letras; 2011.
35. Galeano E. O livro dos abraços 9 ed. Porto Alegre: L&PM; 2002.
36. Fanon F. Os condenados da terra. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.
37. Narvaz MG, Koller SH. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. *Psicol. Soc* [internet]. 2006 [acesso em 10 nov. 2022]; 18(1):49-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822006000100007>
38. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BR). *Fatos e números, famílias e filhos no Brasil*. Brasília (DF); 2020.
39. Figueiredo R. Prática sexual de meninas, questões de gênero, preconceito e interesses na prevenção da gravidez na adolescência. *BIS, Bol Inst de Saúde*. 2021; 22(1):16-26.
40. Figueiredo R. Questões LGBTI+ e garantia dos direitos sexuais de crianças e adolescentes. *BIS, Bol Inst Saúde*. 2022; 23(1):108-119.
41. Bruschini C. *Desigualdades de gênero e deslocamentos da força de trabalho*. São Paulo: LTR; 1995.
42. Soares GG, Jesus KB, Soares GG. Diálogos acerca do papel da família no processo de aprendizagem das crianças: narrativas de membros de uma unidade escolar. *Revista Educação Pública* [internet]. 2021 [acesso em 10 out 2022]. DOI: 10-18264/REP. Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/21/13/dialogos-acerca-do-papel-da-familia-no-processo-de-aprendizagem-das-criancas-narrativas-de-membros-de-uma-unidade-escolar>
43. Brasil. Lei nº 13.010. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. *Diário Oficial da União*. 26 jun 2014.
44. Cruz EP. Brasil tem 24,3 milhões de crianças e adolescentes que usam a Internet [internet]. 2019 [acesso em 10 out 2022]. Dispo-

- nível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2019-09/brasil-tem-243-milhoes-de-criancas-e-adolescentes-utilizando-internet>
45. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (BR). Brasil tem mais de 31 mil denúncias de violência doméstica ou familiar contra as mulheres até julho de 2022 [internet]. 2022 [acesso em 10 out 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2022/eleicoes-2022-periodo-eleitoral/brasil-tem-mais-de-31-mil-denuncias-violencia-contra-as-mulheres-no-contexto-de-violencia-domestica-ou-familiar>
 46. Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania (BR). 81% dos casos de violência contra crianças e adolescentes ocorrem dentro de casa [internet]. 2021 [acesso em 10 set 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/julho/81-dos-casos-de-violencia-contra-criancas-e-adolescentes-ocorrem-dentro-de-casa>
 47. Henrique A. Estupros de vulnerável crescem no estado de SP em 2022 [internet]. 2022 [acesso em 10 out 2022]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2022/10/estupros-de-vulneravel-crescem-no-estado-de-sp-em-2022.shtml>
 48. Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - ABGLT. Pesquisa nacional sobre o ambiente educacional no Brasil, 2016, as experiências de adolescentes e jovens lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em nossos ambientes educacionais. Curitiba; 2016.
 49. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual. Brasília (DF); 2004.
 50. Brasil, Constituição (1988) Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.

Panorama da Atenção em Saúde Mental no SUS-SP para a Infância e Adolescência: desafios para o trabalho em rede

Alina Zoqui de Freitas Cayres^I, Rosangela Elias^{II},
Kátia Paiva^{III}, Maria Ermínia Ciliberti^{IV}

Resumo: O capítulo discute Saúde Mental infantojuvenil, a partir do histórico proposto pela Reforma Sanitária e as lacunas presentes nas políticas públicas destinadas à esta população, utilizando os disparadores analíticos **desproteção**, **desamparo** e **desigualdade** frente a estrutura de ofertas assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS no estado de São Paulo, em seus principais níveis de complexidade

Palavras-chave: Adolescência; Saúde Mental; Atenção em Saúde; Assistência à Saúde.

-
- I Alina Zoqui de Freitas Cayres (azoqui@saude.sp.gov.br) é Psicóloga, Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), Professora do curso de pós-graduação Psicoterapia de Orientação Psicanalítica da Universidade Mackenzie, Pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental Coletiva (LASAMEC) desta faculdade, Integrante do Núcleo Técnico de Humanização (NTH) e do Grupo Coordenador do Programa Autoestima de Formação e Atendimento Virtual em Saúde Mental da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), onde compõe a Área Técnica de Saúde Mental.
- II Rosangela Elias (roelias61@gmail.com) é Fonoaudióloga pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Especializada em Gestão Pública em Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSC), Coordenadora de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo de 2009 a 2012 e da Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de 2012 a abril de 2023. atualmente é Consultora em Transtornos do Espectro Autista e Saúde Mental.
- III Kátia Paiva (kpaiva@saude.sp.gov.br) é Psicologia pelo Instituto Unificado Paulista (IUP - atual UNIP), Especialização em Saúde Mental pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP), Especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Pós-Graduada em Psicanálise pelo Instituto de Pesquisa em Psicanálise de São Paulo.
- IV Maria Ermínia Ciliberti (mariaerminia@cosemssp.org.br) é Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), em Gestão Pública em Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSC), em Democracia Participativa e Movimentos Sociais pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em Psicossomática Psicanalítica pelo Instituto Sedes Sapientiae, atua como Assessora Técnica do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP).

Introdução

A Infância e a Adolescência, entraram tardiamente na discussão da Reforma Psiquiátrica brasileira, o que provocou certos equívocos e adiamentos no fortalecimento de ações de cuidado em Saúde Mental dirigidas a essas dimensões. Há, cerca de 20 anos atrás, esse problema já era enfatizado no contexto da III Conferência de Saúde Mental (“Caderno de Textos”):

“As questões colocadas ao movimento da reforma pelas crianças e adolescentes constituem-se, nesta virada de século, como um dos mais importantes desafios a enfrentar. Ausentes da agenda de debates, excluídas das proposições de políticas públicas de saúde mental, silenciadas nos documentos oficiais, as crianças vêm sorrateiramente evidenciar que restam intactas certas produções asilares, em sua maioria sedimentadas fora dos hospícios, mas capazes de ser tão nefastas como se tivessem sido produzidas intramuros.”¹ (p. 62)

Parte dessa lacuna, possivelmente se deve à história das políticas públicas assistenciais destinadas a essa população. Ao longo da história, se estabeleceu um complexo jurídico-tutelar-assistencial-filantrópico imbricado com os campos da Saúde, Assistência Social e Educação (e a Segurança na interface do conflito com a lei), destinada à infância e à adolescência, principalmente quando considerada desprotegida ou vulnerável. Esse complexo atua até hoje nessas políticas²⁻⁷.

Nos interstícios de uma dada mistura de papéis na dinâmica desse complexo decorreram alguns pontos cegos favorecendo não-lugares/invisibilidades. Para Couto¹, tal contexto histórico gerou a cultura de se “pedagogizar o transtorno psiquiátrico, psiquiatrizar/psicologizar o distúrbio de aprendizagem e asilar a deficiência. Tudo isso com o aval silencioso das políticas públicas dirigidas à criança e ao adolescente” (p. 69).

Sobre esse aspecto, Couto¹ discute três principais mal-entendidos que é preciso analisar. O primeiro, nomeado de pedagógico, muito provavelmente influenciado pelo movimento higienista, costuma reduzir o diagnóstico e o cuidado de crianças e adolescentes às escalas de desen-

volvimento e adaptabilidade que, quando o desempenho é mal pontuado se indica intervenções com referenciais menos clínico e mais corretivos e/ou pedagógicos:

“Conceber uma criança unicamente como **um ser em desenvolvimento**, parece engendrar essa tão corriqueira noção de "deficiência" (fartamente utilizada como categoria diagnóstica), sempre que ela se desloca do curso ideal, **desadaptando-se**. [...] O mal-entendido pedagógico ilumina o desenvolvimento funcional e obscurece as possibilidades existenciais do sujeito”¹ (p. 64, grifos do autor)

O segundo mal-entendido está relacionado à justiça e suas conseqüentes judicializações. Na produção discursiva legal do conceito de proteção e da tutela, determinados pelo Estado^V, crianças e adolescentes ficam submetidos a tratamentos e à institucionalização (em abrigos ou com internações de longa permanência em estabelecimentos que preservam características asilares, por exemplo, no campo das deficiências e dos transtornos do espectro autista), requeridos por “tutores”, como juízes ou conselheiros tutelares, adotando as mesmas premissas adaptativas supracitadas (somada às protetivas enviesadas pelo ideário da periculosidade). Essa dinâmica coloca a população infantojuvenil, quando considerada vulnerável, num circuito de avaliações e intervenções técnicas mais ou menos excludentes, a depender de pareceres de especialistas por meio de decisões judiciais¹.

O último mal-entendido, nomeado pela autora de *‘saúde mental’*, é complementar aos demais e se relaciona à certa resistência de se considerar a criança (e futuro adolescente) como alguém que sofre uma loucura. Para Couto¹, no histórico assistencial, parece prevalecer a preferência em considerar a população infantojuvenil, quando apresenta sintomas, a partir do critério da deficiência e da desadaptação, ao invés de ser pelo sofrimento psíquico decorrente de um transtorno mental. Uma saída frágil para não ferir os ideais da modernidade que passou a considerar a infância como inocente, pura, bela e feliz. Porém, segundo a autora:

“A ‘sua majestade, o bebê’ objeto de tantos investimentos narcísicos

V Donzelot⁸ discorre numa perspectiva similar.

e esperanças de superação, pode não ser tão majestoso assim. Pode sofrer, enfear-se, angustiar-se, mutilar-se, ter horror ao contato, recusar o olhar e o carinho que lhe são dirigidos, inquietar-se e inquietar. Essa criança louca macula os ideais, subverte o imaginário cultural, mas nos convoca, a todos, ao desafio de delas cuidar, tratar e com elas coexistir.”¹ (p. 66)

A resultante desses mal-entendidos, para Couto¹, é uma história de ações políticas e assistenciais em Saúde Mental dirigida a essa população que perpetua a lógica do “cresça e apareça”, visto que, com o movimento da Reforma Psiquiátrica, somente na maioria, ela se torna visível nos casos institucionalizados^{VI}. Com sorte, se alguém desse grupo foi transferido para um hospital psiquiátrico, em princípio, conseguiria se beneficiar com um processo de desinstitucionalização, caso contrário, poderia permanecer até o fim de sua vida nesses estabelecimentos. Para a autora, essa lógica de funcionamento tende a isentar a área de Saúde Mental de se responsabilizar de forma mais contundente nas ações de cuidado dirigidas a crianças e adolescentes, com reflexos no trabalho da rede assistencial (atualmente em revisão com o acúmulo dessas críticas):

“A noção clara ou implícita de deficiência que perpassa grande parte da assistência oferecida a crianças e adolescentes, determina a montagem de dispositivos mais pedagógicos que clínicos. Nesse sentido, toda crítica que os movimentos transformadores dirigiram ao modelo clínico-psiquiátrico hegemônico na assistência aos pacientes mentais é determinante de modo sofisticado de exclusão – parecia não se aplicar ao segmento infantojuvenil. [...] Supostamente a salvo do reducionismo médico, crianças e adolescentes ficaram, na verdade, excluídas das tentativas de construção de um dispositivo clínico/psicossocial, que desse sustentação a um novo modo de cuidar dirigido a sujeitos em sofrimento, e não aprendizes deficientes.”¹ (p. 64)

VI Há instituições de longa permanência de características asilares, destinadas a quadros de deficiência ou transtorno de espectro autista (TEA), tanto na Saúde quanto na Assistência Social. A população presente nesses estabelecimentos não entrou nos programas de desinstitucionalização promovidos com a reforma psiquiátrica. Estes foram e são realizados pela Saúde somente no conjunto dos hospitais psiquiátricos.

Com isso, medidas estruturadas por esse complexo e operando na lógica higienista, provocaram a criminalização da infância pobre e a institucionalização como proposta de tratamento de crianças e adolescentes, quando considerados deficiente social (pobre), deficiente mental e/ou deficiente moral (delinquente), o que gerou desassistência, abandono e exclusão ao invés de uma rede inclusiva de cuidados³.

Esse capítulo pretende discutir tais mal-entendidos e elementos lacunares presentes nas políticas destinadas à população infanto-juvenil, por meio da adoção de alguns disparadores analíticos. Para tanto, utilizará o prefixo “des” para figurar tal elemento lacunar, como ação contrária, de negativa ou não-valia, de acordo com o significado linguístico. E propõe, como disparadores analíticos, termos como **des**proteção, **des**amparo e **des**igualdade, em sua dobra conceitual, para discutir tais efeitos nos problemas presentes na estrutura de ofertas assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS, em seus principais níveis de complexidade.

Contexto histórico e seus reflexos atuais

“Menorizar é um modo de descriançar”.

(Maria Cristina Vincentin⁵, 2016)

No passado, ainda anterior ao Código de Menores (de 1927), a legislação já era severa quanto ao destino de crianças e adolescentes em condição de pobreza e desamparo, se estivessem circulando livremente com ausência de responsáveis ou perturbando de alguma forma a ordem pública. Estas, nesse tempo histórico, foram frequentemente recolhidas em asilos, hospitais psiquiátricos, reformatórios, orfanatos ou abrigos. Nesse período, na constituição de certo aparato jurídico institucional, de um lado, e, de outro, uma primeva Medicina Social atuante na Saúde, surgiram uma série de normas, regras, controles e classificações que definiram o destino de crianças e jovens a esses grandes estabelecimentos de recolhimento^{4,7,9,10}.

Nas décadas iniciais do século XX, com a ascensão da Psiquiatria e a disseminação de grandes hospitais psiquiátricos (na época denomina-

dos de hospícios ou manicômios), crianças e adolescentes classificados como “alienados” ou “anormais” eram considerados incuráveis e/ou in-tratáveis. Com isso, ficavam recolhidos a esses hospitais, sem possibilidade de cuidado e prazo de saída desse regime de confinamento^{4, 7-11}.

Paulatinamente, surgiu um ramo da Psiquiatria que passou a dirigir o olhar para uma infância e adolescência que se manifestava de forma considerada “perturbada” e/ou “ameaçadora”, mas que, dependendo do grau de seu comprometimento, poderia estar mais suscetível às técnicas e práticas do tratamento em voga. O que consistia, nesse primeiro tempo disciplinar, do nomeado tratamento ou ortopedia moral, com os pressupostos de que procedimentos disciplinares e o isolamento eram considerados terapêuticos^{4, 7-11}.

A Psiquiatria, incluído esse ramo “infantil”, exerceu forte influência na sociedade da época, se popularizando com o Movimento Higienista que ajudou a fundar, fundamentar e a disseminar em outros âmbitos como, por exemplo, a Educação e a Assistência Social. Conceitos, como o “degenerescência” e o “periculosidade”, foram amplamente difundidos juntamente a uma série de orientações e medidas para se evitar essas supostas ameaças^{4, 7-9, 11, 12}. Baseados em teorias eivadas de preconceitos e equívocos, a depender dos critérios considerados de riscos, numa referência às **desigualdades** sociais já marcadamente presentes, se estabeleceu polos de concepção de uma infância e adolescência que, de um lado, deveria ser protegida e, de outro, vigiada, principalmente a pobre, periférica e negra⁶⁻⁹.

As políticas assistenciais, apesar de alguns ajustes e adaptações, foram e são até hoje atravessadas por esse ideário, acirrando as **desigualdades**, ao invés de adotar medidas redistributivas que realmente pudessem diminuir as vulnerabilidades sociais; estas, sim, determinantes nas condições de **desproteção** de crianças e adolescentes⁵⁻⁷.

Desde o estabelecimento do Código de Menores até o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), se constituiu um complexo jurídico tutelar, com a proposta de penas alternativas a crianças e adolescentes menores de 18 anos em conflito com a lei (que cometeram infrações e

crimes), hoje denominadas medidas socioeducativas. Esse complexo tramita, julga e determina sanções e medidas com o apoio de especialistas consultados sobre a gravidade do ato, a partir do processo de crescimento e de maturidade em desenvolvimento como condição a ser considerada, inclusive do ponto de vista da garantia de sua proteção^{4-6,9}.

Contudo, a **desigualdade** costuma transparecer na sociedade, quando um jovem em conflito com a lei, por exemplo, ao ser flagrado com porte de drogas ilegais numa quantidade considerada acima ao do consumo pessoal, e dependendo de sua origem social (se reside, por exemplo, num bairro rico ou na favela), recebe conduções ou medidas mais ou menos brandadas em resposta ao seu ato, atravessado sobremaneira por essa condição. Diferença que começa desde a abordagem policial até o processo que tramita na justiça, principalmente quando assessorado por advogados e especialistas particulares, o que muitas vezes pode determinar no cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto ou privado de liberdade^{6,13}.

O reforço do estigma também acontece na juventude negra periférica independentemente de estar ou não em conflito com a lei. Basta viver nesta condição **desigual**, para ser considerado “potencial infrator”, preconceito que gera mais uma das vulnerabilidades sociais em que esse jovem “vigiado” fica suscetível devido ao julgamento moral social^{6,7}.

No campo da Saúde Pública e da Saúde Mental, essas, entre outras barreiras de acesso, dificultam a presença dos jovens nos serviços ou em movimentos e atividades que promovam saúde em diferentes espaços. A começar pelas propostas de políticas e ações que, na maioria das vezes, senão em sua totalidade, são formuladas sem a participação direta de crianças e jovens neste processo. Não se garante um espaço de escuta, de discussão e de fala, o que provoca mais uma **desigualdade**, neste caso, relacional, onde são os adultos quem concebem tais propostas; mantendo uma posição **desnívelada** e, por vezes, estão numa condição hierárquica de superioridade, como aquele que “supostamente” conhece o que precisa ser feito, oriundo de uma posição e olhar “de cima”, sem se inclinar à altura da criança ou do jovem, para olhá-los e escutá-los numa relação mais nivelada. É urgente horizontalizarmos esses olhares e relações ou, nas palavras de Maria Cristina Vicentin⁵, “crianças-las”, ofertando estraté-

gias que incluam suas participações, vozes e discussões de suas reais necessidades e não apenas aquelas interpretadas pela visão adulta.

A Rede de Atenção Psicossocial na infância e na adolescência e seus nós críticos

No intuito de organizar a discussão e detalhar, por eixo, tais desafios, cabe inicialmente indicar como está organizada a RAPS hoje:

Quadro 1 - Pontos de atenção da RAPS, com revisão de Portarias

Componentes da Rede de Atenção Psicossocial^{VII}	
Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades Básicas de Saúde (UBS) • Estratégia Saúde da Família (ESF) • Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) • Consultório na Rua (CnR) • Centros de Convivência e Cultura (CECCO)
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPS AD)
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192 • Sala de Estabilização • UPA 24 horas • Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro em Hospital Geral • Unidades Básicas de Saúde e outros (se necessário)
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento • Serviço de Atenção em Regime Residencial (Comunidade Terapêutica)

VII Existiam duas Portarias, a primeira, que inaugura a estrutura dos pontos de atenção da RAPS, a no 3.088 de 201114, e outra, a no 3.588 de 201715 que propõe mudanças estruturais com destaque para serviços com modelo de funcionamento numa lógica ambulatorial (equipes multiprofissionais vinculadas a serviços hospitalares e o CAPS Álcool e Drogas (AD) IV) e incentivo aos hospitais especializados (psiquiátricos) e hospitais-dia. Com a mudança do Governo Federal em 2023, essa última portaria, que foi amplamente criticada pelos movimentos sociais e por parcela de acadêmicos, foi revogada pela Portaria no 757 de 202316. Retoma-se a estrutura da de 2011, mas com o compromisso de não extinguir o que foi implantado das equipes e serviços previstos. Nessa nova gestão também ocorreu reajuste no valor de custeio dos CAPS, algo que foi comemorado pelos municípios que estavam sobrecarregados com a defasagem dos valores aplicados.

Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • leitos de Saúde Mental em Hospital Geral • Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (leitos de Saúde Mental em Hospital Geral).
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) • Programa de Volta pra Casa (PVC) • Hospitais Especializados
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Fonte: Elaboração própria baseada em Portarias.

Cada ponto de atenção procura acolher a necessidade em Saúde Mental do usuário, que pode demandar ações de menor a maior complexidade no cuidado, na lógica cíclica de diferentes necessidades a depender do momento clínico perpassado pelo usuário. O trabalho em rede, de base territorial e comunitária, favorece que os distintos componentes de atenção se complementem e se integrem, possibilitando uma condução do cuidado preferencialmente realizada no próprio território e na comunidade onde a pessoa vive, o que pode ampliar sua capacidade e potencial de resolutividade¹⁷⁻²⁰.

A RAPS, na organização dos pontos de atenção, adota como referência os mapas das regiões de saúde (RS) no SUS, que são, para as necessidades de saúde em geral, também delineados de acordo com a presença de serviços de diferentes níveis de atenção (da primária a média e alta complexidade, com o nível básico como o centro de comunicação), numa área geográfica que reúne um conjunto de municípios que devem se comunicar entre si, propiciando acesso, continuidade do cuidado e maior resolutividade no trabalho em rede. Ressalta-se que a atenção psicossocial é indicada como uma das redes temáticas prioritárias do SUS^{17,19, 20}.

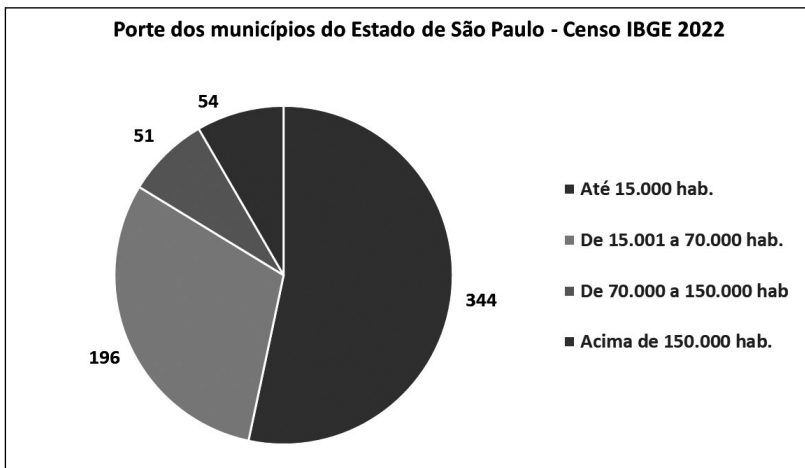
Em relação à RAPS, o Estado de São Paulo (ESP), seguindo a normativa federal (inaugurada pela Portaria nº 3.088 de 2011¹⁴), definiu por Deliberação da Comissão Intergestora Bipartite (CIB nº 87²¹) o termo para a implantação das RAPS nas redes de atenção à saúde (RAS). Os agentes operadores dessa política se organizam nos territórios e espaços institucionais das 63 regiões de saúde por meio de instâncias deliberativas re-

gionais do SUS, as Comissões Intergestora Regional (CIR) somada a instâncias consultivas, com os Grupos Condutores Regionais e Locais^{14,17}.

Especificamente na estrutura de funcionamento dos diferentes pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS), quando se reflete sobre a possibilidade da presença ou não da juventude circulando por esses componentes e níveis de atenção, a depender de suas necessidades de saúde que pode variar em sua complexidade, depara-se com inúmeros desafios. A seguir detalharemos as principais dificuldades de acordo com o nível de atenção.

A Atenção Básica

Cabe ressaltar a importância que a Atenção Básica possui nessa rede, pois além de estar espalhada por toda extensão territorial dos esta-



Fonte: Censo IBGE 2022.

dos, afinal todos os municípios do país possuem algum tipo serviço e equipe; esse nível de atenção é a principal porta de entrada na busca por um atendimento em Saúde Mental¹⁷⁻²⁰. Serviços, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dependem de porte populacional do município para serem implantados (a partir de 15.000 habitantes), o que contemplaria

pouco menos da metade dos municípios do estado de São Paulo (n=301, 46,6%), tal como mostra o Gráfico 1:

Gráfico 1 - Número de municípios por porte populacional - Censo IBGE 2022

No estado de São Paulo, há também desafios a serem enfrentados do ponto de vista da estrutura e dos diferentes pontos de atenção da RAPS. A seguir na Tabela 1, há um consolidado dessas informações por RRAS em relação aos serviços, equipes e cobertura na Atenção Básica:

Tabela 1. Dados sobre cobertura AB, ESF, e quantidade de equipes NASF por RRAS (2019)^{viii}

RRAS	DRS	População Censo IBGE 2022	nº mu- nic.	nº de Atenç. Primár. Financ.	nº de SF financ.	nº de ca- dastros (limitado pela pop. IBGE ref. 2020)*	Cobert. Atenç. Primár. Saúde
01	Grande ABC - DRS I	2.696.530	7	100	425	1.868.209	69,28
02	Alto Tietê - DRS I	2.917.314	11	151	255	1.595.180	54,68
03	Franco da Rocha - DRS I	591.324	5	27	88	462.154	78,16
04	Mananciais - DRS I	1.117.115	8	92	115	754.947	67,58
05	Rota dos Bandeirantes - DRS I	1.970.059	7	164	109	985.614	50,03
06	São Paulo - DRS I	11.451.245	1	388	1.619	6.633.997	57,93
07	Baixada Santista - DRS IV	1.805.451	9	66	291	1.166.543	64,61
	Registro - DRS XII	277.869	15	7	98	257.888	92,81
08	Sorocaba - DRS XVI	2.549.120	48	100	300	1.355.621	53,18
09	Bauru - DRS VI	1.733.748	68	114	264	1.302.161	75,11
10	Marília - DRS IX	1.103.884	62	54	233	911.146	82,54
11	Presidente Prudente - DRS XI	745.245	45	56	198	683.729	91,75
12	Araçatuba - DRS II	759.507	40	28	192	737.697	97,13

VIII A forma de cálculo de cobertura da Atenção Primária de Saúde (APS) foi mudada com o Programa Previnde Brasil. Na metodologia anterior, que calculava separadamente a APS da Estratégia de Saúde da Família (ESF) as coberturas tinham percentuais menores, contudo, como as metodologias adotam parâmetros e cálculos distintos não é possível adotar comparações.

	São José do Rio Preto - DRS XV	1.640.066	102	80	390	1.441.968	87,92
13	Araraquara - DRS III	992.275	24	69	136	763.922	76,99
	Barretos - DRS V	428.475	18	28	86	410.502	95,81
	Franca - DRS VIII	683.823	22	41	98	560.792	82,01
	Ribeirão Preto - DRS XIII	1.464.391	26	154	148	1.072.523	73,24
14	Piracicaba - DRS X	1.554.726	26	79	201	1.109.857	71,39
15	São João da Boa Vista - DRS XV	804.417	20	42	138	638.445	79,37
	Campinas (C. Águas, RM Campinas) - DRS XI	3.290.666	24	138	444	2.155.344	65,50
16	Campinas (Bragança, Jundiá) - DRS XI	1.337.156	18	140	132	892.572	66,75
17	Taubaté - DRS XVII	2.506.053	39	147	388	1.899.389	75,79
	Total	44.420.459	645	2.265	6.348	29.660.200	66,77

Fontes: Ministério da Saúde, Datasus.

Em relação à Atenção Básica, as coberturas populacionais são desiguais ao nível local e regional, se adotarmos o parâmetro do uso exclusivo do SUS (por volta de 70% da população em geral), principalmente nas RRAS da Região Metropolitana de São Paulo (exceto a de Franco da Rocha); embora, com a ressalva de que o adensamento populacional dessa área dificulte a plena cobertura, além das regiões da Baixada Santista, Sorocaba e Campinas. Contudo, quando detalhamos, nas 63 CIRs e na dimensão municipal, essa discrepância tende a se acentuar nessas e em algumas outras regiões.

Quanto às equipes presentes na Atenção Básica, Tabela 2 detalha a disposição por DRS, de acordo com dados de 2023:

Tabela 2 - Equipes da APS por DRS (Jun/2023) ^{IX}

IX No levantamento dos dados também foi observado a ausência de Consultórios na Rua em Regiões de Saúde com maior densidade populacional e que atenderia o critério de porte para sua implantação, além de presença irrisória de outros serviços como as Unidades de Acolhimento. Como existem poucas unidades, os dados não foram incluídos na tabela.

RRAS	DRS/ Região	Pop. Censo IBGE 2022	nº de munic.	Eq. APS	Eq. ESF	Eq. NASF	Eq. Cons. na Rua CnR	Eq. Multi S. Ment. EMAE SM*	Eq. Multi (ex- ceto Mental)	Eq. S. Buc. ESB	Eq. Saúde Pris. EaPP	Total
01	1 - Gde. ABC	2.696.530	7	123	469	65	6	2	27	314	1	1.007
02	1 - Alto Tietê	2.917.314	11	171	276	27	4	0	19	270	5	772
03	1 - Fr. Rocha	591.324	5	40	93	4	0	0	6	61	11	215
04	1 - Ma- nanc.	1.117.115	8	123	132	4	2	0	20	63	0	344
05	1 - Rota dos Ban- deirantes	1.970.059	7	244	160	19	5	0	17	116	2	563
06	1 - S. Paulo	11.451.245	1	431	1.667	253	32	0	74	669	2	3.128
07	4 - Baix. Santista	1.805.451	9	88	329	20	5	0	18	193	3	656
	12 - Regis- tro	277.869	15	8	107	13	0	3	2	56	1	190
08	16 - Soroc.	2.549.120	48	143	339	38	3	4	27	192	14	760
09	6 - Bauru	1.733.748	68	144	298	24	2	5	6	239	20	738
10	9 - Marília	1.103.884	62	60	248	34	2	3	10	215	14	586
11	11 - Pre- sid. Pru- dente	745.245	45	61	209	43	0	1	0	175	16	505
12	2 - Araçat.	759.507	40	31	198	43	0	0	3	121	7	403
	15 - S. J. R. Preto	1.640.066	102	96	417	115	3	9	17	318	7	982
13	3 - Araraq.	992.275	24	75	155	18	1	2	8	131	1	391
	5 - Barre- tos	428.475	18	29	88	18	0	4	4	75	1	219
	8 - Franca	683.823	22	46	101	16	1	2	10	83	1	260
	13 - Rib. Preto	1.464.391	26	179	161	12	2	3	22	176	5	560
14	10 - Pira- cic.	1.554.726	26	87	210	13	1	2	15	169	6	503
15	14 - S. J. B. Vista	804.417	20	51	155	6	0	3	8	98	2	323
	11 - C. Águas, RM Cam- pinas	3.290.666	24	161	482	86	2	3	39	403	8	1.184

16	11 -Brag. Jundiaí	1.337.156	18	165	159	25	1	2	21	135	1	509
17	17 - Taubaté	2.506.053	39	170	405	39	2	1	13	353	9	992
Total Geral		44.420.459	645	2.726	6.858	935	74	49	386	4.625	137	15.790

Fonte: Ministério da Saúde, Datasus.

Conforme esperado, o maior número de tipos de equipes está relacionado as alocadas nas unidades básicas de saúde (UBS), as da Atenção Primária à Saúde (APS) e as da Estratégia Saúde da Família (ESF). Há um número menor do que o esperado para as equipes de Consultório na Rua (CR) em algumas regiões metropolitanas de São Paulo, Campinas e outros com municípios que atendem aos critérios para implantação.

Algo similar ocorre com as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (apoio matricial)^x, embora com melhora quantitativa de 2018 para 2023; contudo, com número baixo em algumas regiões, como Araraquara, Bauru, Franca, Piracicaba, Registro e Ribeirão Preto¹⁸⁻²⁰.

Tais características podem sugerir fragilidades no acompanhamento das necessidades de saúde dos usuários, no apoio matricial, na prevenção de situações de crise e dificuldades na retaguarda e na continuidade do cuidado dos casos que se agravam. Tal problema não é exclusivo da Saúde Mental, pois impacta nas demandas em geral dos serviços de saúde. A Atenção Básica, com baixa cobertura e sobrecarregada, tende a ser menos propositiva e pode reforçar a já presente cultura medicalizante e hospitalocêntrica¹⁸⁻²⁰.

No nível da Atenção Básica que já convive com dificuldades estruturais de subfinanciamento, falta de determinados profissionais e especialistas (por exemplo, médico com especialidade em Pediatria, Neurologia e Psiquiatria, mais rara ainda a da vertente infantil), sobrecarga e coberturas desiguais na oferta para a população em geral, nos convoca a refletir sobre quais alternativas e seu limite para dar conta das demandas de saúde de seu território, incluídas as da população infantojuvenil. Além disso, ao se focar nessa população observa-se expressiva ausência

X Houve tendência em desestimular as equipes NASF com as mudanças realizadas pelo Governo Federal anterior, a partir de 2019, pelo Programa Previne Brasil e na mudança da estrutura de financiamento das equipes da Atenção Básica. No atual governo, as equipes NASF foram retomadas com melhorias previstas em portaria.

de crianças (depois dos 4 anos) e adolescentes nos serviços desse nível de atenção, após a finalização dos esquemas vacinais previstos e dos acompanhamentos no desenvolvimento, o que traz outro desafio que é o de propor ações de prevenção e de promoção da saúde que possam reaproximá-los desses serviços para a oferta de um acompanhamento mais vinculado e continuado. Nesse caso, talvez o desafio seja tornar o serviço atrativo para crianças e adolescentes, como um lugar que inspire saúde e não doença, visto que, no auge de um momento muito intenso e vivo de experiências, tendem a se afastar ou repelir lugares que dão uma impressão contrastante ou contrária a esse movimento.

Parcela de casos reaparecem nos serviços muitas vezes por solicitação de diagnóstico e acompanhamento por parte das escolas, mas são poucos que ofertam ações regulares^{XI} direcionadas à temática da Saúde Mental, em parte também pela sobrecarga vivida nas suas rotinas de trabalho dos serviços de saúde. Dificuldades de aprendizagem, déficit de atenção, hiperatividade, agressividade englobam grande parte das queixas. E de modo geral, ocorre a adoção de um modelo de atenção medicalizante, com características ambulatoriais, restrito a um tratamento numa vertente médico-centrada e farmacológica, com dispensação por vezes excessiva de remédios. Na infância e adolescência é comum diagnósticos como o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), transtorno opositor desafiador (TOD), entre outros; e tratamentos com o uso, por exemplo, de Ritalina, sem necessariamente acompanhar uma análise do contexto de possíveis problemas e vulnerabilidades que possam fragilizar essa dimensão, algo já bem discutido na literatura^{6,22-25}. Problema a ser alertado, visto que a opção “eficiente” da medicalização da infância e adolescência pelo seu entorpecimento pode resolver momentaneamente as queixas e sintomas, mas não as suas raízes, além de, a longo prazo, gerar outras questões quanto aos efeitos colaterais e a dependência do uso de medicamentos. Não deve ser à toa o uso frequente de outra classe de medicamentos, como os ansiolíticos e os antidepressivos, na vida adulta, algo também identificado como problema nesse e em

XI Há o Programa Saúde nas Escolas (PSE), que depende da adesão e de iniciativa locais e carece de ampliação em ações voltada à saúde mental, para além da prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas.

outros níveis de atenção²⁶.

Simplesmente entorpecer, ao invés de cuidar em seu sentido mais amplo, por cultura, sobrecarga ou praticidade dos serviços, não deixa de ser um modo de silenciar, anestesiando **des**subjetivar, sendo o ápice desse modelo de medicalização, quando o diagnóstico passa a fazer parte da identidade do sujeito.

Dessa forma, há o risco de se perder um momento oportuno de identificação de fragilidades para um trabalho de intervenção precoce (com apoio matricial, se for o caso, em unidades que não contam com esse tipo de atuação), que traz geralmente resultados melhores em médio e longo prazo à simples medicalização. Assim, como apoiariam na prevenção à primeira crise ou no agravamento de um dado quadro. As intervenções na Atenção Primária à Saúde precisam considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo das pessoas no processo de cuidado integral à saúde, para que possam ressignificar seus sintomas e sofrimentos.

No caso dos adolescentes, um caminho possível de apoio a esse nível de atenção e cuidado^{XII}, como sugestão, seria o de se aproximar da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde na Adolescência e Juventude²⁸ e das propostas contidas na “Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo”²⁷; além da adoção de iniciativas de se criar espaços de escuta e de cuidados coletivos desses jovens no intuito de se levantar e se aproximar dos interesses e necessidades, a partir do que eles mesmos trazem, legitimando esse lugar de protagonismo e participação em seus processos de cuidado.

Outras iniciativas potentes, mas pouco incentivadas do ponto de vista da indução da política, são os pontos de atenção que promovem ações e atividades com o envolvimento da comunidade e cultura local, a exemplo dos Centros de Convivência e Cooperativa (CECCOs). Com a mudança recente do Governo Federal, há sinais de que essa discussão será retomada, reforçada e melhor investida pela nova gestão do Depar-

XII Idealmente reconhece-se a necessidade de cofinanciamento de ações pela esfera estadual, hoje de difícil negociação política.

tamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Os CECCOs, inclusive, são um tipo de equipamento que, por estar menos ligado a um serviço assistencial de saúde e mais associado ao campo da cultura, tem poder de ser um recurso atrativo às crianças e adolescentes^{XIII}.

A atenção psicossocial e estratégica

Dos pontos de atenção da RAPS, os CAPSs são considerados um dos mais estratégicos para se evitar a agudização de crises e substituir o hospital psiquiátrico, por meio do modelo de cuidado inclusivo da atenção psicossocial que aposta na autonomia e potencialidades do sujeito. Com isso, as internações passaram a ser recomendadas preferencialmente em hospitais gerais e consideradas como último recurso a ser utilizado e por menor tempo possível (para estabilização do quadro tal como indicado nas internações clínicas em geral), quando demais alternativas ofertadas não se mostraram suficientes. E, mediante a estabilização e/ou melhora dos quadros, é estipulada a alta para a continuidade do cuidado em seu território, nos demais pontos de atenção, como na UBS ou no CAPS^{19,20,30,31}.

Em relação à oferta de CAPSs na rede, faltam quase duas centenas para atingirem seu limite de expansão no Estado, de acordo com os parâmetros de bases populacionais atualmente recomendados. Contudo, tal como anteriormente indicado por Cayres¹⁸ e Cayres e colegas¹⁹, há diferenças territoriais significativas nas macrorregiões e regiões de saúde, tanto no porte populacional das cidades quanto a distribuição, tipos e no quantitativo de CAPS, indicando a necessidade de dar prosseguimento planejado à implantação desses serviços. A Tabela 3 detalha a distribuição dos CAPS por modalidade nos DRSS:

XIII Atualmente, não existe uma política que custeie esse tipo de iniciativa, ela depende do interesse e vontade política da gestão municipal e, eventualmente, estadual. Também não existe sistema de registro desses equipamentos no país. Uma das iniciativas mais conhecidas na sua execução é a da cidade de São Paulo, política que foi incentivada na Prefeitura da gestão Luiza Erundina (1989-1993) e perdura até os dias atuais, com 24 CECCOs no município.

Tabela 3 - Distribuição de CAPS por modalidade nas macrorregiões de saúde 2023

DRS / Região de Saúde	Estim. Pop. População (SEADE 2023)	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS In-fantil	CAPS AD	CAPS AD III	Total Geral
01 - Gde. São Paulo	21.483.245	9	45	32	55	29	23	193
02 - Araçatuba	772.485	7	1	1	1	3	0	13
03 - Araraquara	1.005.892	4	5	0	2	4	0	15
04 - Baixada Santista	1.874.118	2	7	7	7	5	1	29
05 - Barretos	427.582	2	0	2	1	0	0	5
06 - Bauru	1.766.919	22	4	0	4	4	0	34
07 - Campinas	4.675.344	22	11	11	14	11	1	70
08 - Franca	706.692	9	0	1	1	0	2	13
09 - Marília	1.118.145	17	4	0	2	3	0	26
10 - Piracicaba	1.566.834	10	5	1	5	6	0	27
11 - Presid. Prudente	758.670	13	2	1	1	2	1	20
12 - Registro	281.605	7	0	0	0	0	0	7
13 - Ribeirão Preto	1.507.982	6	5	1	2	2	1	17
14 - S. J. Boa Vista	816.915	7	5	1	4	5	1	23
15 - S. J. do Rio Preto	1.588.155	10	5	0	3	4	1	23
16 - Sorocaba	2.514.655	18	12	3	8	6	2	49
17 - Taubaté	2.539.662	13	8	0	6	5	2	34
Total Geral	45.404.900	178	119	61	116	89	35	598

Fontes: CNES / DATASUS.

Sobre os CAPS-IJ, em particular, há 116 existentes distribuídos pelas macrorregiões de saúde do estado e, no mínimo, 39 novas unidades com potencial para implantação (elegíveis) em municípios que, apesar de terem o porte populacional, não possuem CAPS-IJ:

Tabela 4 - Distribuição de CAPS (em modalidades) por Macrorregião de Saúde (DRS) em junho de 2023

DRS	População Censo IBGE 2022	nº de Municípios	até 15.000 hab.	de 15 a 70.000 hab	de 70 a 150.000 hab	acima de 150.000 hab	CAPS-IJ existentes	CAPS-IJ elegíveis
01 - Gde. São Paulo	20.743.587	39	0	10	8	21	55	9
02 - Araçatuba	759.507	40	29	9	1	1	1	1
03 - Araraquara	992.275	24	14	7	1	2	2	2
04 - Baixada Santista	1.805.451	9	0	3	2	4	7	1
05 - Barretos	428.475	18	11	5	2	0	1	1
06 - Bauru	1.733.748	68	40	23	4	1	4	2
07 - Campinas	4.627.822	42	7	19	7	9	14	6
08 - Franca	683.823	22	13	8	0	1	1	1
09 - Marília	1.103.884	62	48	11	2	1	2	1
10 - Piracicaba	1.554.726	26	9	11	3	3	5	1
11 - Presid. Prudente	745.245	45	30	14	0	1	1	0
12 - Registro	277.869	15	7	8	0	0	0	0
13 - Ribeirão Preto	1.464.391	26	8	15	2	1	2	2
14 - S. J. Boa Vista	804.417	20	7	9	3	1	4	1
15 - S. J. Rio Preto	1.640.066	102	86	12	3	1	3	2
16 - Sorocaba	2.549.120	48	15	24	6	3	8	4
17 - Taubaté	2.506.053	39	20	8	7	4	6	5
Total	44.420.459	645	344	196	51	54	116	39

Fonte: DATASUS.

Nota-se que, apesar de ser um serviço considerado estratégico, há regiões desiguais, com ausência de (Registro) ou que conta somente com um único CAPS-IJ em toda região (Araçatuba, Barretos, Franca e Presidente

Prudente), nesse caso devido ao limite do porte populacional ou porque ainda é necessário investir na implantação de novas unidades. Dado que aparece nas demais regiões, mesmo com 2 ou mais CAPS-IJ em funcionamento, o que indica a necessidade de se continuar a incentivar mais CAPSs destinados à população infantojuvenil.

Como há as seguintes bases populacionais para a implantação dos CAPS: Tipo I - a partir de 15.000 habitantes, Tipo II - a partir de 70.000 habitantes (mesma referência para CAPS-IJ e AD) e Tipo III - acima de 150.000 habitantes, quando se observa a partir dessa referência (Tabela 5), essa distribuição não é plena (perto de 100% dos municípios com perfil para a implantação) e há potencial para futuras expansões/ampliações. Especificamente, dos 105 municípios que possuem base populacional para implantação de CAPS-IJ, há 70 municípios que os possuem implantados (nas cidades maiores há a presença de mais de um CAPS-IJ), o que equivale a 66% dos 105 municípios desse grupo e 11% dos 645 do estado de São Paulo).

Tabela 5 - Distribuição de CAPS (em modalidades) por porte populacional e em municípios

Modalidade CAPS	Total de município por porte	Municípios com CAPS*	% de acordo com o porte	% de acordo com o total de municípios do ESP
CAPS II (a partir de 70.000 hab.)	301	175	58,1%	27,1%
CAPS II (a partir de 70.000 hab.)	105	89	84,8%	13,8%
CAPS III (a partir de 150.000 hab.)	54	21	38,9%	3,3%
CAPS-IJ (a partir de 70.000 hab.)	105	70	66,7%	10,9%
CAPS-AD (a partir de 70.000 hab.)	105	78	74,3%	12,1%
CAPS-AD III (a partir de 150.000 hab.)	54	15	27,8%	2,3%

Fontes: Dados SES e Censo IBGE 2022.

* Alguns municípios, principalmente os de maior porte, contam com mais de 1 CAPS da mesma modalidade.

** Apesar da presença em base de dados de CAPS-IJ III (10 unidades em 3 municípios) não está ainda previsto em termos normativos essa modalidade. Tais unidades foram justificadas (em municípios de maior porte) e cadastradas como CAPS AD III, contudo direcionadas para crianças e adolescentes (embora não se restringem a casos de AD).

Seria interessante investir, por exemplo, na mudança para nível de

CAPS mais complexo, como de CAPS I para II e de II para III, com inserção de leitos de acolhimento noturno, quando há essa possibilidade pelos parâmetros adotados e conforme os percentuais indicam acima. Além disso, exceto no caso dos CAPS II, as demais modalidades poderiam ser ampliadas em novos municípios, para atingir melhores percentuais dessa oferta nos territórios^{XIV}. Esses dados foram apontados também por Cayres¹⁸ e Cayres e colegas¹⁹.

É importante frisar essa possibilidade visto que, do ponto de vista da proposta técnica dos CAPS em geral, na ausência de CAPS-IJ, recomenda-se a inclusão do atendimento de crianças e adolescentes nos CAPS I, CAPS II ou CAPS III. Além disso, há a previsão de apoio matricial local e/ou regional para que os serviços e equipes da Atenção Básica, principalmente dos municípios de menor porte possam também realizar o acompanhamento dos casos relativos à Saúde Mental.

Todavia, cabem algumas considerações sobre esse potencial de implantação de novos CAPS-IJ. Em parte dos municípios, mesmo os de maior porte, há dificuldades de completar o quadro da equipe dos CAPS nas condições exigidas pelas normativas que regem seu funcionamento e custeio (em termos de número de pessoas, de especialidade e carga horária). Há falta de parcela dos profissionais previstos, dependendo da região, principalmente o médico, por ausência de dada especialidade (por exemplo, psiquiatra ou pediatra) e/ou pela oferta não ser tão atrativa em comparação com outras possibilidades. Em virtude disso, há casos em que os municípios se organizam para implantar equipes ambulatoriais de Saúde Mental na Atenção Básica, por ter mais flexibilidade na sua composição (em número de profissionais) e no regime de carga horária de cada profissional. Embora seja de amplo conhecimento a existência dessas equipes em muitos serviços da Atenção Básica (geralmente alocadas em UBS por iniciativa e custeio exclusivamente municipal), contudo,

XIV Nos últimos quatro anos a expansão arrefeceu por falta de maiores incentivos do Governo Federal como exigências e atrasos nos processos burocráticos para a habilitação dos serviços acrescido da falta de reajuste da tabela de valores praticados, o que gerou sobrecarga nos gastos dos municípios. Recentemente, com a mudança da gestão, esses problemas têm sido retomados e melhorados. Houve revisão com acréscimo dos valores praticados, contudo, não cobre inteiramente a sobrecarga municipal. Em virtude desse cenário há constantes críticas e solicitações por parte do COSEMS/SP para que o Estado de São Paulo também entre cofinanciamento como já ocorre em outros Estados.

como não há uma categoria específica nos sistemas de registro do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) – tal como ocorre no caso das equipes NASFs, multiprofissionais e de saúde da família –, não é possível levantar essa informação em bases de dados; precisa ser considerado como dado informal, qualitativo.

Tal cenário muitas vezes dificulta a prioridade e o estabelecimento de ações e programas voltados à população infantojuvenil. Com a sobrecarga dos serviços (incluindo os CAPS I, II e III, além dos serviços e equipes da Atenção Básica), pouco apoio e retaguarda entre serviços e a concorrência quanto as demais necessidades territoriais de saúde pode gerar, como efeito colateral, o risco de uma oferta assistencial funcionando numa lógica estritamente ambulatorial (o famoso “troca de receitas”), tal como citado na Atenção Básica ou a **des**assistência a esse público que, como apontado anteriormente, já costuma ficar ausente/distante dos serviços, mesmo quando em condição de vulnerabilidade social (**des**amparo).

Cabe aqui novamente ressaltar que os serviços também precisariam propor estratégias mais atrativas à população infantojuvenil, como acontecem em algumas unidades que resolveram apostar nessas possibilidades; o que sempre pode envolver alguma excepcionalidade ou risco⁵. É possível citar genericamente algumas delas, como a realização de sa-raus, acampamentos e ofertas de rolês em espaços diversificados, fora dos muros dos CAPS-IJ. Contudo, seria importante criar estratégias sistemáticas de difusão e troca de experiências dessas interessantes iniciativas, tal como mencionado por Vicentin⁵.

A atenção hospitalar

Um dos gargalos e ponto sensível dessa discussão esteja possivelmente relacionado ao nível de atenção hospitalar quando consideramos a dimensão da infância e da adolescência. Há duas características antagônicas que parecem dialogar entre si. De um lado, existe uma lacuna de leitos destinados exclusivamente para essa população e, de outro, há processos de institucionalização com o uso de internações de longa permanência para alguns quadros específicos, como os de transtornos do es-

pectro autista (TEA)^{XV} e outras deficiências em sua vertente considerada grave e casos envolvendo uso prejudicial de uso de álcool e outras drogas, pressionado por uma alta de judicializações desse último grupo³²⁻³⁴. Tal fenômeno mobilizou as publicações, no Estado de São Paulo, das Deliberações CIB nº 118 de 2018³⁵ e nº 126 de 2021³⁶, em forma de notas técnicas, que versam respectivamente sobre “Internação em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes no Estado de São Paulo” e “Orientações no Atendimento Integral em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes” previstos no Estatuto da Criança e Adolescente – ECA, no sentido de sensibilizar os diferentes entes e atores partícipes desse processo a priorizar internações, quando necessárias, em hospitais gerais e procurar meios que auxiliem nas discussões e possíveis diminuições nas judicializações que cursam para institucionalizações de longo prazo e até permanentes. Utilizam-se do argumento do **desamparo**, da vulnerabilidade social, da periculosidade (no sentido de se colocar ao outro e a si em risco e/ou da tutela/controlado do Estado como justificativas, algo que se intensifica quando se trata do “menor” de idade^{5,6,32-34}.

É importante ressaltar que quando se considera a internação como último recurso, não é por ideologia ou se posicionar contra essa medida. Muitas vezes a internação é necessária, contudo, a relação riscos versus benefícios deve sempre ser avaliada, como tudo que envolve o campo da Saúde. Mirsa Dellosi, uma das referências da reforma psiquiátrica e ex-coordenadora de Saúde Mental do Estado de São Paulo, costumava trazer uma provocação em forma de pergunta repetida informalmente: “Quem gosta de ser internado em hospital, independentemente da causa clínica?”. Há um elemento traumático e invasivo nessa medida. Internar-se por algo agudo ou crítico que se agravou e que, tão logo resolvido, geralmente é consenso entre usuário, família, médico e hospital que deve sair o mais rápido que puder. Mas por que com a Saúde Mental acontece muitas vezes o contrário?

XV Há uma tensa discussão sobre o cuidado destinado a esse perfil mobilizado por associações e grupos de familiares com apoio de políticos de diferentes níveis de poder. Tal movimento quer a garantia de uma oferta assistencial dirigida especialmente a esse público. Conferir em Lugon e Andrada³¹.

No caso das crianças e adolescentes, por conta da história já mencionada ocorreram dois principais problemas que dificultam a mudança dessa cultura. De um lado essa população não foi incluída nas discussões e processos de desinstitucionalização e, de outro, crianças e adolescentes que cursam em internações de longa permanência estão em estabelecimentos vinculados a setores e campos distintos (Saúde, Assistência Social, Pessoa com Deficiência), maioria de origem filantrópica e subsidiada pelo Estado. Esse contexto aumenta a fragmentação das informações, gerando invisibilidade e falta de iniciativas para mudar essa realidade tal como apontado por Couto¹, Vicentin e Blikstein³², e Blikstein^{33,34}.

Em relação ao campo da Saúde, quando se levanta a quantidade de leitos relacionada à Psiquiatria/Saúde Mental, há o seguinte perfil:

Tabela 7 - Perfil dos leitos de psiquiatria e Saúde Mental de acordo com dados do CNES/DATASUS

DRS	População Censo IBGE 2022	Total de Leitos CNES 2023	Leitos CNES Acolhimento CAPS	Leitos CNES Hospital Psiquiátrico 2023*	Leitos CNES Hospital Geral 2023	Parâmetro 1/23.000 hab Hosp. Gerais	Necessidades leitos Hosp. Gerais
01 - Gde. São Paulo	20.743.587	1.579	461	600	518	902	384
02 - Araçatuba	759.507	63	5	58	0	33	33
03 - Araraquara	992.275	59	0	46	13	43	30
04 - Baixada Santista	1.805.451	83	42	0	41	78	37
05 - Barretos	428.475	30	10	0	20	19	0
06 - Bauru	1.733.748	407	0	401	6	75	69
07 - Campinas	4.627.822	427	104	246	77	201	124
08 - Franca	683.823	116	16	90	10	30	20
09 - Marília	1.103.884	481	0	445	36	48	12
10 - Piracicaba	1.554.726	145	8	121	16	68	52
11 - Presid. Prudente	745.245	227	16	160	51	32	0
12 - Registro	277.869	5	0	0	5	12	7

13 - Ribeirão Preto	1.464.391	553	6	505	42	64	22
14 - S. J. Boa Vista	804.417	1.083	5	1.073	5	35	30
15 - S. J. do Rio Preto	1.640.066	313	10	298	5	71	66
16 - Sorocaba	2.549.120	101	32	0	69	111	42
17 - Taubaté	2.506.053	160	10	100	50	109	59
Total Geral	44.420.459	5.832	725	4.143	964	1.931	987

Fontes: CNES / DATASUS e Ministério da Saúde.

Em primeiro lugar, é importante observar que, apesar desse quantitativo registrado, esses totais se referem à capacidade instalada. Parcela dos leitos não se encontra ativos, principalmente no caso dos hospitais psiquiátricos. Essa distorção é bem menor quando se acompanha o universo dos hospitais gerais.

Ao longo das duas últimas décadas, apesar da redução expressiva de leitos em hospitais psiquiátricos e do fechamento de parcela desses hospitais (devido às suas características de funcionamento asilar), tal como preconizado pela Lei nº 10.216 de 2001³⁷, e ampliação de leitos em hospitais gerais, algo também incentivado pelas normativas, por serem leitos com maior giro e com capacidade de melhor capilarização nos territórios (há mais hospitais gerais espalhados pelas regiões de saúde). Contudo, tal ampliação não seguiu o ritmo desejado (quase todas as regiões paulistas não atingem o parâmetro mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde). Com isso, no estado de São Paulo ainda predominam leitos em hospitais psiquiátricos, com maior concentração em determinadas regiões (São João da Boa Vista, Ribeirão Preto, Marília e Bauru) e ausência ou poucos leitos de hospitais gerais em outras regiões (São Paulo, pelo adensamento populacional, Araçatuba, Registro, Taubaté). Assim como é possível notar nos dados que, nas regiões onde há concentração de leitos em hospitais psiquiátricos, há proporcionalmente menos leitos em hospitais gerais (o que ocorre em todos os casos, mas fica expressivo onde se concentram mais leitos, como Bauru, Campinas, Marília, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto). Fenômeno que segue similar ao apontado por Cayres¹⁸ e Cayres e colegas¹⁹.

A concentração, de um lado, e a lacuna, de outro, têm gerado grandes desafios para o trabalho em rede e nos processos de referência e contrarreferência seguindo a lógica da regionalização. Há um volume significativo de casos encaminhados à internação para regiões distantes da residência do usuário, o que dificulta a garantia de visitas e até seu retorno ao território que vive, para a continuidade do cuidado^{18,19}.

No campo da infância e da adolescência, esse problema se intensifica por conta do histórico institucional já apontado e porque há poucos leitos em hospitais gerais destinados exclusivamente a essa população, uma discussão urgente que precisa avançar. Quando se calcula o parâmetro de 1 leito para 23.000 habitantes, é importante considerar que praticamente 1/4 da população é composta por crianças e adolescentes até 17 anos. O Quadro 8 apresenta a estimativa de quantidade de leitos a partir desse parâmetro e os que poderiam ser destinados para a população infantojuvenil (de 0 a 17 anos):

Tabela 8 - Parâmetro de leitos de acordo com a população em geral e de 0 a 17 anos, por DRS

DRS	População Censo IBGE 2022	Estim. Pop. de 0 a 17 anos 2021 / DATASUS	Parâmetro 1/23.000 hab População Geral	Parâmetro 1/23.000 hab 0 a 17 anos
01 - Grande São Paulo	20.743.587	5.274.931	902	229
02 - Araçatuba	759.507	167.714	33	7
03 - Araraquara	992.275	230.698	43	10
04 - Baixada Santista	1.805.451	452.783	78	20
05 - Barretos	428.475	98.175	19	4
06 - Bauru	1.733.748	417.261	75	18
07 - Campinas	4.627.822	1.084.683	201	47
08 - Franca	683.823	174.888	30	8
09 - Marília	1.103.884	249.217	48	11
10 - Piracicaba	1.554.726	367.096	68	16
11 - Presid. Prudente	745.245	165.896	32	7
12 - Registro	277.869	72.425	12	3
13 - Ribeirão Preto	1.464.391	357.251	64	16
14 - S. J. Boa Vista	804.417	180.298	35	8

15 - S. J. do Rio Preto	1.640.066	339.697	71	15
16 - Sorocaba	2.549.120	613.736	111	27
17 - Taubaté	2.506.053	611.648	109	27
Total Geral	44.420.459	10.858.397	1.931	472

Fontes: IBGE e DATASUS.

Por fim, seria interesse intensificar essa discussão das intercorrências clínicas em Saúde Mental no campo geral da Saúde da Criança e do Adolescente e das especialidades da Pediatria e da Clínica Médica em geral, nos diferentes níveis de atenção. Chacra e Zanolli³⁸, por exemplo, apresentam uma interessante proposta de abordagem psicossocial na Pediatria como um dos possíveis métodos desse trabalho. Em especial, na dimensão hospitalar seria uma conexão bem-vinda, visto que, não somente se contaria com uma dupla rede assistencial combinada em serviços que possuem tanto Pediatria ou Clínica Médica, quanto Psiquiatria, no sentido de apoio técnico e matricial, como também, na ausência de uma delas ou ambas, poderia se contar com uma retaguarda técnica em telemedicina ou matriciamento providas de parcerias que estejam presente em outros pontos de atenção da RAPS. Tal medida pode ajudar a minimizar os impactos que o efeito lacunar dos vazios assistenciais e da falta de leitos causam à população infantojuvenil que, em quadros agravados ou mais complexos, costumam cursar em judicializações e institucionalizações, reforçando o estigma e a exclusão social^{18,32-34}.

Considerações finais

Há um conhecido provérbio africano que propomos parafrasear, substituindo o termo educar para o cuidar: “É preciso uma aldeia inteira para cuidar de uma criança.” É impossível discutir o campo da infância e da adolescência sem considerar a dimensão complexa que o envolve, com uma ampla rede composta de diferentes setores e atores. Nesse sentido, a intersectorialidade toma-se imprescindível. A Saúde, sozinha, tem um alcance limitado de ação^{1,5,28,40,41}. Na “III Conferência Nacional de Saúde Mental”, a discussão desse campo surgiu com mais ênfase e desdobrou numa série de iniciativas que iniciou com o “Fórum Nacional de Saúde

Mental Infantojuvenil”, instituído pela Portaria MS/GM nº 1.608 de 2004³⁰, com a intenção de capilarizar esse movimento de forma programática nos estados e municípios. Contudo, esse movimento arrefeceu com as mudanças de governo e as vicissitudes políticas, mobilização que pede para ser retomada com urgência visto os problemas elencados.

Os dados apresentados indicam que ainda há um longo caminho ou aldeia a construir, dentro e fora da RAPS. São redes de cuidado e proteção em constante construção⁴⁰. Na Saúde, é possível inferir pelos dados o efeito cascata que acontece com o subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde (SUS) e a sobrecarga associada a coberturas desiguais, não plenas ou ausentes na Atenção Básica, Estratégica e Hospitalar, à falta de recursos humanos, da implementação de linhas de cuidado dirigidas a essa população infantojuvenil, entre outros. Com destaque à Atenção Básica, o nível mais elementar e presente em todos os territórios, onde tudo acontece e do quanto se depende de seu funcionamento para que aconteçam as ações em Saúde Mental de forma integrada.

Promover espaços e fóruns de discussões e decisões são fundamentais para serviços e equipes se organizarem em rede com o que cada território pode contar no momento atual, embora melhorias sejam sempre esperadas e muito bem-vindas. Além disso, ajuda a arejar os atravessamentos e naturalizações que os efeitos históricos de um dado modo cultural de operar tende a influenciar e a reproduzir com certos preconceitos e cerceamentos (como mecanismos disciplinares, tutelares e de controle), em nome de um suposto discurso de proteção para a população infantojuvenil, principalmente a que se encontra em condição de vulnerabilidade social^{1,5,13,26,39}. É perceptível que onde há menos discussão ocorre mais reprodução e sintoma social; precisamos aprender a “combater os discursos, as racionalidades que são **desc**riçáveis”⁵ (p. 35).

Para finalizar, há o desejo de propor um deslocamento desse prefixo “des”, em seu efeito lacunar, de contrário ou negativa, como modo de operar mudanças, com a aposta para que ocorra: a **des**construção, a **des**naturalização, a **des**medicalização e a **des**institucionalização nas ações e nas políticas de cuidado das crianças e adolescentes.

Referências

1. Couto MCV. Por uma política de saúde mental para crianças e adolescente. In: Ferreira T, organizadores. *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Autêntica; 2004. p. 61-72.
2. Rizzini I. *A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente*. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; 2004.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. Brasília (DF); 2005.
4. Cayres AZF. *Projetos terapêuticos nos Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPS-i) do município de São Paulo na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental [dissertação]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2008.
5. Vicentin MC. Criar o descrençável. In: Lauridsen-Ribeiro E, Lykourpoulos CB, organizadores. *O CAPS i e o desafio da gestão em rede*. São Paulo: Hucitec; p. 29-38.
6. Moysés MAA, Collares CAL. Sobre diferenças, desigualdades, direitos: raízes da patologização da vida. In: Surjus LTL, Moysés MAA, organizadores. *Saúde Mental Infantojuvenil: territórios, políticas e clínicas de resistência*. Santos: Unifesp; 2019. p. 14-30.
7. Cayres AZF, Gomes NA. Adolescentes e serviços de saúde mental no Sistema Único de Saúde: recursos (im)possíveis. In: Prado EFA, Franco EM, Lopes SRA, organizadores. *Reflexões sobre a Psicologia na Saúde: revisões históricas, experiências e propostas*. Jundiá: Paco Editorial; 2022. p. 247-273.
8. Donzelot J. *A polícia das famílias*. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal; 2001.
9. Zuquim J. Pequenos psicopatas: infância, criminalidade e loucura na primeira república. In: Antunes, EH, Barbosa LHS, Pereira LMF, organizadores. *Psiquiatria, loucura e arte: fragmentos da história brasileira*. São Paulo: EDUSP; 2002. p.123-146.
10. Assumpção Junior FB. Pequena história da psiquiatria infantil: aspectos críticos. In: *Psiquiatria da infância e da adolescência*. São Paulo: Santos e Maltese; 1994.

11. Foucault M. O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes; 2006.
12. Costa FC. Ordem médica e norma familiar. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1983.
13. Surjus LTLS. Sobre meninos feridos, comportamentos agressivos e uso de drogas. In: Surjus LTL, Moysés MAA, organizadores. Saúde Mental Infantojuvenil: territórios, políticas e clínicas de resistência. Santos: Unifesp; 2019. p. 141-155.
14. Brasil. Portaria nº 3.088. 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). Diário Oficial da União. 23 dez 2011.
15. Brasil. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28/09/2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2017.
16. Brasil. Portaria nº 757. Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS n.º 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. Diário Oficial da União. 21 jun. 2023.
17. Cayres AZF, Ribeiro MC, Elias R, Coutinho RA, organizadores. Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014. São Paulo: FUNDAP; 2015.
18. Cayres AZF. Avanços e recuos na implantação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado de São Paulo: regiões de saúde e as pactuações Interfederativas. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2020.
19. Cayres AZF, Elias R, Menezes, P. A estrutura de acesso à saúde mental no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo. In: Clínica Psiquiátrica - guia prático. 2 ed. São Paulo: Ed. Manole; 2020. p. 444-457.
20. Cayres AZF, Elias R. A rede de atenção psicossocial e o cuidado às pessoas acometidas por diferentes estados depressivos. In: Trapé TL, organizadores. Linha de cuidado em depressão: manual técnico 2022, 1 ed. Campinas: IPADS, 2022. p. 48-77.
21. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Pla-

- nejamento de Saúde. Deliberação CIB n. 87, de 3 de dezembro de 2012. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 9 out 2013. Seção 1:49.
22. Viégas LS, Harayama RM, Souza MPR. Apontamentos críticos sobre estigma e medicalização à luz da psicologia e da antropologia. *Ciênc. Saúde Colet* [internet]. 2015; 20(9):2683-2692. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.08732015>
 23. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo - CRP. *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2019.
 24. Fernandes CM, Trad LAB. As armadilhas da prevenção e o cuidado socialmente contextualizado da primeira infância. In: Surjus LTL, Moysés MAA, organizadores. *Saúde Mental Infantojuvenil: territórios, políticas e clínicas de resistência*. Santos: UNIFESP; 2019. p. 50-60.
 25. Lima RC. De volta ao TDAH 15 anos depois. In: Surjus LTL, Moysés MAA, organizadores. *Saúde mental infantojuvenil: territórios, políticas e clínicas de resistência*. Santos: UNIFESP; 2019. p. 115-129.
 26. Araújo Aguiar CA, Macedo FS, Abdon APV, Campos AR. Ansiolíticos e antidepressivos dispensados na Atenção Básica: análise de custos e interações medicamentosas. *JBES: Brazilian Journal of Health Economics. Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*. 2016; 8(2):99-107.
 27. Ministério da Saúde (BR). *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde*. Brasília (DF); 2010.
 28. Nasser M, Takiuti AD, Sala A, Pimenta A L, Billand JSJ, et al. *Linha de Cuidado para a adolescência e juventude para o SUS de São Paulo (LCA&J)*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2018.
 29. Ministério da Saúde (BR). *Cadernos de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília (DF); 2001.
 30. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações de 2005 a 2012*. Brasília (DF); 2014.
 31. Lugon RA e Andrada BC. Militâncias de familiares de autistas e a economia política da esperança no Brasil de 2019. In: Surjus, LTL

- e Moysés, MAA, organizadores. *Saúde Mental Infantojuvenil: Territórios, políticas e clínicas de resistência*. Santos: Unifesp; 2019. p. 98-114.
32. Vicentin MCG, Blikstein F. Internações psiquiátricas de crianças e adolescentes: um analisador da reforma em saúde mental. In: Surjus LTL, Moysés MAA, organizadores. *Saúde mental infantojuvenil: territórios, políticas e clínicas de resistência*. Santos: UNIFESP; 2019. p. 171-181.
 33. Blikstein F. Políticas públicas em Saúde Mental infantojuvenil e filantropia: estudo sobre as instituições de acolhimento para pessoas com deficiência que atendem crianças e adolescentes no Estado de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2019.
 34. Blikstein F. *Saúde Mental: retratos de crianças esquecidas*. São Paulo: Editora Labrador; 2021.
 35. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Deliberação CIB nº 118, de 21 de dezembro de 2018. Diário Oficial do Estado de São Paulo. Diário Oficial da União. 22 dez 2018. Seção 1:72.
 36. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Deliberação CIB nº 126, de 30 de setembro de 2021. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 01 out 2021. Seção 1:27.
 37. Brasil. Lei nº 10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 6 abr 2001.
 38. Chacra FC, Zanolli ML. Uma experiência de abordagem psicossocial em pediatria. In: Surjus LTL, Moysés MAA, organizadores. *Saúde Mental Infantojuvenil: Territórios, políticas e clínicas de resistência*. Santos: UNIFESP; 2019. p. 70-84.
 39. Jucá V e Flores L. Redes de Assistência e de Proteção como dispositivos de resistência à institucionalização prolongada e à tanatopolítica. In: Surjus LTL, Moysés MAA, organizadores. *Saúde Mental Infantojuvenil: Territórios, políticas e clínicas de resistência*. Santos: Unifesp; 2019. p. 156-170.
 40. Couto MCV, Duarte CS; Delgado, PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2008; 30(4):390-398.

Saúde Mental na Rede Básica do Estado de São Paulo – um panorama das possibilidades e limites para o cuidado do público jovem e adolescente

Ligia Rivero Pupo^I,
Tereza Etsuko da Costa Rosa^{II}

Resumo: Vários tipos de sofrimento mental de caráter leve, moderado a grave, além de comportamentos que podem ter risco para a saúde física e mental são encontrados ou iniciam-se nas fases da adolescência e juventude. Parte significativa desses problemas podem ser identificados, resolvidos ou apaziguados, no nível de atenção básica do SUS. Este capítulo pretende discutir algumas características do fluxo, intervenções e lógica de cuidado utilizadas nas unidades de Atenção Básica à Saúde do estado de São Paulo, para o manejo do sofrimento mental; concentrando-se no público jovem e adolescente.

Palavras-chave: Adolescência; Saúde mental; Atenção básica.

Introdução

A adolescência e juventude são etapas da vida e do desenvolvimento humano, construídas socioculturalmente, usualmente marcadas por

I Ligia Rivero Pupo (ligiapupo@gmail.com) é Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Mestre em Ciências da Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP), Pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS/SES-SP).

II Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é Psicóloga pela Universidade de São Paulo (USP), Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), Pesquisadora científica e Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS/SES-SP).

demandas, desafios, adaptações e especificidades psicossociais próprias de cada geração, de cada ambiente familiar e comunitário e acompanhadas por mudanças significativas, tanto físicas, como cognitivo-emocionais. Esses “processos psicossocioculturais”, somados a fatores ambientais desfavoráveis, podem tornar estes períodos marcados por vulnerabilidades emocionais relevantes e por intenso sofrimento mental^{1,2,3}.

Importante lembrar que, tanto os adolescentes como os jovens, não compõem grupos homogêneos, mas divergem em condições de vida, saúde, rede social e familiar, rede de apoio/proteção, raça, faixa etária, escolaridade, gênero, orientação sexual, moradia, procedência cultural e geográfica, presença ou não de deficiência, estado civil, presença ou não de filhos, em situação de trabalho ou não, inserção ou não na escola e características da experiência dentro dela, entre outras¹. Tais características dinâmicas e interconectadas compõem uma gama de elementos a serem considerados na avaliação da vulnerabilidade e das situações concretas de sofrimento mental. Muitas experiências de sofrimento mental aparecem durante a adolescência e juventude, sendo que até 50% dos conflitos e condições disfuncionais de Saúde Mental começam antes dos 14 anos. Segundo a OMS, em todo o mundo, estima-se que 10% a 20% dos adolescentes vivenciem problemas de Saúde Mental, sendo que o suicídio é uma das três principais causas de morte entre os adolescentes mais velhos (15 a 19 anos)^{2,3}. Os transtornos e tipos de sofrimento mental encontrados nessas fases da vida são variados. São prevalentes desde os quadros depressivos, como os vários contornos da ansiedade que podem aparecer como irritabilidade, frustração, raiva, medos, mudanças bruscas de humor, explosões, desânimo, autolesão, procrastinação, dores de cabeça, insônia. Tais condições, ainda que aparentemente mais leves e comuns, podem ser profundamente paralisantes e incapacitantes para o funcionamento dos adolescentes e jovens, afetando as relações sociais, os estudos e o trabalho².

Ainda comuns e com seu início na adolescência e juventude, estão

os transtornos alimentares tais como anorexia nervosa, bulimia e compulsão alimentar. Tais transtornos podem ser extremamente graves e impedidores da vida e das realizações no cotidiano e limitadores da saúde física desses indivíduos. Menos prevalentes, mas ainda importantes, estão as psicoses, que surgem normalmente no final da adolescência e início da fase adulta. Seus sintomas, como ouvir vozes, ver coisas que outros não veem, agitação excessiva, além de crenças fixas e distorcidas podem ser muito conflitantes para as atividades interpessoais, causando isolamento e prejudicando gravemente as possibilidades de participação na vida familiar/social e nos espaços educativos. Ademais, causam estigmas importantes nos indivíduos afetados e tornam tais pessoas mais propensas a violações de direitos humanos².

Outros comportamentos que podem ter risco para a saúde física e mental, como o uso abusivo de substâncias, ou comportamentos sexuais de risco para gravidez, ou infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo o HIV/aids, começam com frequência durante a adolescência. Isso envolve, em geral, impulsividade, interesse por novas experiências, dificuldades de administrar as emoções, de avaliar consequências, além de necessidades de aceitação, pertencimento e construção de identidade. A autoagressão, as tentativas de suicídio e o suicídio, nesses dois períodos de vida, são frequentemente associados a sentimentos de isolamento, desvalor, incapacidade, desesperança, solidão, autocobrança e insegurança, tendo aumentado significativamente nos últimos anos, nestas faixas etárias².

Sabe-se hoje da importância da identificação, análise, compreensão e atuação intencional nos fatores que tornam os adolescentes e jovens mais vulneráveis ao sofrimento mental. Assim, tanto o manejo clínico das dificuldades psicossociais desses grupos específicos, como a seleção e desenvolvimento de estratégias e linhas de cuidado para cada problema de saúde mental, dependem do reconhecimento e da atuação nos fatores de risco e vulnerabilidade e do fortalecimento de fatores de proteção.

Os fatores de risco/vulnerabilidade para vários dos problemas de saúde mental presentes na adolescência podem ser divididos em: I) individuais: sexo, idade, informação sobre sofrimento mental, escolaridade, características psicológicas como autoestima, autoconfiança, autodeterminação, resiliência; II) familiares: história de problemas de saúde mental na família, problemas de álcool/drogas na família, abuso/negligência/violência física, violência psicológica e sexual, violência/separação entre os pais, perdas por morte, problemas financeiros; III) socioculturais: pobreza/condições de vida, raça e experiências discriminatórias, violência no contexto social, apoio/suporte social, acesso às políticas de proteção, saúde e educação, eventos traumáticos; e biológicos^{4,5}.

Os fatores de proteção estão associados à diminuição dessas vulnerabilidades e ao fortalecimento de recursos, estratégias e competências pessoais/familiares e à existência de recursos socioculturais para o manejo das diversidades e limitações da vida. Pode-se dizer que a própria política de atenção psicossocial, a desinstitucionalização do atendimento e a criação de serviços abertos e comunitários, mais próximos das pessoas e acessíveis, visando à integralidade da atenção, tiveram papel importante na diminuição da vulnerabilidade ao sofrimento mental. Muitas ações, que podem ser consideradas de promoção de Saúde Mental, pois visam fortalecer recursos, qualificar ambientes e diminuir condições desfavoráveis, são consideradas estratégias para o nível de atenção primária à saúde: acompanhamento da saúde familiar, grupos de apoio, grupos educativos, rodas de conversa, visitas e atendimentos domiciliares, atividades esportivas e caminhadas, grupos operativos, acompanhamento nutricional, ensino de competências para o autocuidado, rastreamento intencional de problemas, acolhimento individualizado para avaliação de riscos, atividades conjuntas em escolas e outros equipamentos fora do setor saúde².

Assim, pode-se dizer que a atenção básica de saúde possui características, lógica de ação, propósitos e princípios, que a tornam estratégica e

fundamental para o que chamamos de atenção psicossocial à saúde, além de um espaço relevante para o rastreio, avaliação de riscos e necessidades em Saúde Mental e manejo de uma quantidade relevante de condições e comportamentos. Entre os elementos que tornam esse nível de atenção importante no cuidado em Saúde Mental estão: I) a longitudinalidade do cuidado – que permite um acompanhamento das mudanças positivas e negativas das condições de vida e saúde dos usuários e a detecção precoce de novas necessidades; II) seu papel de organizadora do cuidado em rede – que permite maior garantia e foco na integralidade da atenção; III) uma maior proximidade com diferentes recursos do território (organizações e dispositivos sociais para além do setor saúde); IV) o fato de ter uma abordagem adequada às ações de prevenção e promoção da saúde e ao manejo de condições patológicas iniciais, mais leves ou moderadas^{6,7}.

Apesar dos vários tipos de sofrimento mental serem uma demanda frequente nos serviços de Atenção Básica e, parte significativa desses problemas poderem ser resolvidos ou apaziguados nesse nível de atenção⁶, muitas são as dificuldades e obstáculos para a inserção de um cuidado mais apropriado a estes problemas: estigmas e preconceitos com os portadores de sofrimento mental e visão do cuidado em Saúde Mental pautada numa atenção estritamente especializada; falta de conhecimento e formação sobre as diferentes condições de sofrimento mental, suas causas e significados; ignorância sobre os princípios e características da atenção psicossocial; visão biomédica, sintomática e medicalizante dessa assistência; falta de interlocução e entrosamento entre as equipes de AB e atenção especializada; falta de espaços formais de reflexão e discussão; cobrança por produção; escassez de recursos humanos para o cuidado⁶⁻⁸.

Tanto a “Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo”³, como o material sobre uma política de Saúde Mental “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infante-Juvenil”⁹, como o “Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes”¹⁰, como as “Diretrizes Nacionais para a Atenção Inte-

gral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde”¹¹, como o próprio Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)¹², trazem princípios, orientações e recomendações para o cuidado de jovens e adolescentes na rede pública de saúde.

Entre esses princípios estão: o acolhimento universal, a porta aberta, a receptividade, a garantia de acesso e a responsabilização por toda e qualquer demanda trazida por esta população a qualquer equipamento da rede; a integralidade, tanto na organização e articulação dos serviços, como na garantia de ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, pautadas na acurada compreensão das necessidades de cada pessoa e no modelo usuário-centrado; a garantia de espaços específicos para diálogo com esses indivíduos; o atendimento de familiares; o respeito aos adolescentes e a não obrigatoriedade da presença de pais ou responsáveis para a condução das ações; a presença de estratégias e ações intersetoriais e o uso do trabalho interdisciplinar. A presença dessas condições nos diferentes equipamentos da rede contribui na diminuição da vulnerabilidade e riscos psicossociais de adolescentes e jovens e no fortalecimento da rede de apoio, que pode ser compreendida como um fator de proteção a estas populações^{1,3-5}.

A atenção básica, por sua vez, tem um papel primordial no acesso e cuidado e deve ter a função de identificar os problemas e condições e avaliar as necessidades e riscos, intervindo em um universo extenso de problemas, com práticas preventivas e curativas^{1,3,4,5}. Os adolescentes e jovens costumam chegar à atenção básica espontaneamente de forma pontual, ou por encaminhamentos da rede de saúde, da assistência social e da rede de ensino. Em geral, apresentam majoritariamente demandas por cuidados ginecológicos, situações de gravidez, cuidado odontológico, orientações gerais em relação à saúde, problemas respiratórios e alérgicos, bem como uso abusivo de álcool e outras drogas. A demanda relacionada ao sofrimento mental, em geral é pontual, e feita diretamente pela contrarreferência dos serviços especializados⁷.

Apesar de sua importância, o cuidado ao sofrimento mental de jovens e adolescentes pode ser prejudicado por vários obstáculos, relacionados tanto às características desses grupos sociais, como relacionados aos serviços de atenção básica. Um primeiro obstáculo é o estigma dessa temática e a falta de conhecimento dos adolescentes sobre sinais e sintomas e as formas de tratamento do sofrimento mental, o que dificulta a conscientização e reconhecimento de suas necessidades. Também existe um desconhecimento por parte do público adolescente sobre o repertório de ações de cuidado disponíveis nos serviços de atenção básica, tal como as abordagens terapêuticas, que são pouco realizadas e, quando existem, são pouco divulgadas. Como a oferta gera a demanda, a baixa oferta de ações e abordagens psicossociais impede uma maior busca e um cuidado mais integral dessas pessoas. Os adolescentes, jovens e suas famílias acabam por procurar mais os serviços especializados do que a atenção básica, sobrecarregando os mesmos. Existe, ainda, uma baixa adesão desta população aos tratamentos^{2,7}.

Entre os fatores limitadores da adesão dos adolescentes e jovens aos cuidados em Saúde Mental estão o medo da exposição e a falta de estratégias e abordagens mais acolhedoras e efetivas para esse tipo de usuário. Isso remete a outro obstáculo: a falta de capacitação dos serviços para lidar com as especificidades e características do público adolescente. Muitas vezes suas demandas ficam invisíveis ou não são compreendidas como legítimas; e, com frequência, além da medicalização do sofrimento mental e do encaminhamento para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tanto infantojuvenil (CAPS-IJ), como álcool e drogas (CAPS-ad), ou CAPS II ou III, como aos serviços de pronto atendimento e a outras instituições, poucas propostas existem nas equipes de atenção básica, com estes grupos populacionais. O sofrimento mental já gera dificuldades no contato interpessoal, medo e constrangimento e, tais barreiras, incluindo a falsa ideia da necessidade de falar primeiro com os pais para que haja atendimento, impedem o cuidado singularizado e o acolhimento univer-

sal a estas questões^{4,8}.

Existe ainda uma falta de clareza sobre o potencial, os limites, o papel e quais situações de Saúde Mental deveriam ficar no manejo da atenção básica e quais deveriam ficar no manejo da atenção especializada. Há, também, uma gama de “situações cinzentas”, tais como casos graves já estabilizados, ou casos moderados, que podem complicar ou mesmo melhorar, que, sem uma linha de cuidado em Saúde Mental mais estabelecida no Brasil, ou mesmo no estado de São Paulo, ficam à mercê da compreensão, da boa vontade e da formação e conhecimento dos profissionais envolvidos. Essa fragmentação se acirra pela falta de espaços de discussão coletivos, pelo escasso compartilhamento de um projeto terapêutico comum, pautado na corresponsabilização do cuidado e pela fragilidade do trabalho em rede.

Este capítulo pretende discutir, a partir de dados coletados no projeto “Inquérito sobre Tecnologias de Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde no Estado de São Paulo”, desenvolvido pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – algumas características do fluxo, intervenções e lógica de cuidado utilizadas nas unidades de atenção básica à saúde do estado para o manejo do sofrimento mental; concentrando-se em aspectos que ajudam a inferir e a refletir sobre o cuidado em Saúde Mental ofertado ao público jovem e adolescente.

Método

Tratou-se de estudo transversal quantitativo e descritivo, realizado por meio de um inquérito telefônico em serviços de atenção básica à saúde do estado de São Paulo, nos anos de 2017/2018. A população de estudo foi constituída por 4.941 estabelecimentos de saúde caracterizados como unidades de atenção básica, selecionados a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Para o cálculo amostral considerou-se o porte do município e a

existência de hospitais psiquiátricos e foram definidos os seguintes domínios de estudo: municípios com hospitais psiquiátricos (à exceção de São Paulo); municípios com menos de 25.000 habitantes; município de 25.000 a 100.000 habitantes; municípios acima de 100.000 habitantes (à exceção de São Paulo); e o município de São Paulo. Para que a amostra fosse de 100 unidades no menor domínio foram sorteadas 1.000 unidades da rede de atenção básica no total. Excluiu-se 45 estabelecimentos que não satisfaziam os critérios de funcionarem efetivamente como unidade de atenção básica ou que estavam desativados.

O roteiro do questionário foi distribuído em cinco blocos: (A) caracterização da unidade; (B) identificação dos problemas e necessidades associados ao sofrimento mental; (C) forma de organização do cuidado e fluxos de atenção para atender as demandas associadas à saúde e ao sofrimento mental; (D) intervenções em Saúde Mental e suas características, e, (E) articulações intersetoriais para responder às necessidades ligadas à saúde e ao sofrimento mental.

Para este capítulo foram analisadas as questões do instrumento, do Bloco A: a existência e o contato com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); do Bloco B: quais as principais demandas identificadas em Saúde Mental – que se relacionam com adolescentes e jovens; do Bloco C: a existência de reuniões de matriciamento, PTS com famílias, se o encaminhamento feito para unidades que atendem jovens e adolescentes é acompanhado pelas unidades; do Bloco D: a existência de grupos educativos com gestantes, de planejamento familiar, de sexualidade, de orientação/aconselhamento, de orientação para familiares e de álcool e outras drogas – se na visita domiciliar busca-se/denuncia-se maus tratos/negligência e abuso, e quais atividades são realizadas com usuários de álcool e outras drogas; do Bloco E: com quais instituições/organizações a unidade se articula e se a unidade participa de algum programam governamental focado em jovens e adolescentes.

Todas as questões foram tabuladas em dados percentuais, calcula-

dos com a aplicação do *software* SPSS Statistics²⁰.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada no Comitê de Ética do Instituto de Saúde (CEPIS) da Secretaria de Estado de São Paulo e aprovada pelo parecer nº 2.018.261.

Resultados e discussão

- Caracterização da rede de atenção psicossocial:

Em relação aos outros pontos de atenção da RAPS, conhecidos e utilizados pelas unidades de atenção básica do estado de São Paulo e frequentados por adolescentes, jovens e seus familiares, percebemos que para muitos serviços ainda é baixa a rede de apoio existente para o manejo de situações de Saúde Mental com este público, em seus diversos níveis de gravidade. Mais da metade (50,6 %) das unidades entrevistadas não possuem CAPS-IJ em seu município, até porque este equipamento, pela normativa ministerial vigente, só pode ser implantado em municípios de grande porte (acima de 150.000 habitantes) (Tabela 1). Somente 41,8% têm esse equipamento no próprio município. Isso significa que muitas unidades básicas não têm acesso a um serviço que possa realizar apoio matricial para acompanhamento de situações crônicas moderadas e agudas, o que interfere diretamente na construção de uma linha de cuidado de caráter psicossocial. Isso pode contribuir para situações de institucionalização e internação indevidas, medicalização da atenção, ou lacunas no cuidado ofertado. Contudo, aquelas unidades que têm CAPS-IJ em sua cidade, fazem bastante uso dele, ou seja, 90,4% o utilizam para encaminhamento e matriciamento, o que revela uma importante demanda reprimida.

Nos municípios que têm CAPS-IJ, os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas entre adolescentes, que são uma porcentagem relevante entre os problemas psicossociais nestes grupos¹³, são acompa-

nhados principalmente dentro deste equipamento; mas, entre o grupo que não possui CAPS-IJ, parte importante desses usuários é atendida no CAPS-ad, que apesar de mais prevalente no estado, 38% das unidades não têm acesso a ele. Quando presente, o CAPS-ad é significativamente usado pela rede de Atenção Básica (65,3%).

Vale lembrar que ainda existe parcela relevante deste público assistida em clínicas de internação e/ou comunidades terapêuticas focadas em dependentes químicos, e até em hospitais psiquiátricos, especialmente quando estes CAPS não estão presentes no município, ou não estão disponíveis para atendimento, devido à extensa demanda^{13,14}. Este tipo de atendimento não é adequado à Política Nacional de Saúde Mental, nem à Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil, que focam nos direitos dos usuários, no cuidado em rede e em liberdade⁹. Sabemos que, com a presença dos CAPS, a rede básica tende a encaminhar para a rede especializada e pode inclusive participar dessa atenção, mas sem estes serviços, tende novamente a medicalizar, ignorar o problema, ou a enviar para algum tipo de internação.

Um equipamento que, apesar de não fazer parte da RAPS, ainda é muito utilizado no estado e tende a ser empregado para lidar com estas lacunas, é o ambulatório de Saúde Mental. O ambulatório de Saúde Mental é ainda um serviço bem presente na RAPS do estado de São Paulo, sendo que 53,5% das unidades pesquisadas afirmaram ter esse equipamento no município ou tê-lo como referência em outro município da região. Quando presente, é ainda bastante utilizado pelas unidades (por 86,1%). Tais ambulatórios também têm servido como equipamento de referência para adolescentes e jovens com sofrimento emocional leve e moderado, acompanhando até casos mais graves, dependendo da região¹⁵. Sabe-se, entretanto, que este serviço usualmente não tem um atendimento de caráter psicossocial e interdisciplinar, tem baixa articulação com a rede de atenção à saúde e não trabalha com o território. Por anos, esse equipamento, que tem uma forma de cuidado mais fragmentada, psiquiátrica

e focada na medicação, funcionou de modo complementar e paralela à internação psiquiátrica¹⁵.

A Unidade de Acolhimento Infantil (UAI), uma proposta de atenção psicossocial da Política Nacional de Saúde Mental do Brasil para situações de internação breve por uso de álcool e drogas entre a população de 12 a 18 anos, é um equipamento bem mais raro no estado, sendo que apenas 19,3% das unidades afirmaram estar em municípios que possuíam tal serviço. A UAI se propõe a oferecer cuidados contínuos de saúde, com funcionamento durante 24 horas e, também, em ambiente residencial¹⁶. O tempo de permanência nessa unidade de acolhimento para crianças e adolescentes é de até 6 meses. Sua vantagem está em sua parceria constante e permanente com a equipe do CAPS de referência, que deve permanecer acompanhando o usuário e que será corresponsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do mesmo junto às famílias, visando sua reinserção no território. Tais atividades podem e devem ter também o envolvimento da rede básica e até das escolas⁷. Quando presente no território, esse equipamento, ainda pouco conhecido pelos profissionais de saúde, é significativamente utilizado (67,8%).

Tabela 1 – Pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde conhecidos e utilizados pelas unidades de atenção básica do estado de São Paulo, 2018

Existência do equipamento	%	Utilização do equipamento	%
CAPS-IJ		CAPS-IJ	
não	50,6	não	9,6
sim, no município	41,8	sim	90,4
sim, em outro município	7,6		
CAPS-ad		CAPS-ad	
não	38,0	não	34,7
sim, no município	49,4	sim	65,3
sim, em outro município	12,6		

Ambulatório de Saúde Mental		Ambulatório de Saúde Mental	
não	46,5	não	13,9
sim, no município	42,1	sim	86,1
sim, em outro município	11,4		
Unidade de Acolhimento Infantil (UAI)		Unidade de Acolhimento Infantil	
não	77,2	não	32,2
sim, no município	19,3	sim	67,8
sim, em outro município	3,5		
Centro de Convivência e Cultura (CECO)		Centro de Convivência e Cultura (CCC)	
não	82,8	não	28,4
sim, no município	14,9	sim	71,6
sim, em outro município	2,4		

Por fim, os Centro de Convivência e Cultura (CECO), serviços estratégicos abertos a toda a população que atuam na promoção da saúde, na reabilitação psicossocial, com criação de espaços de convívio, sociabilidade, intervenções culturais e esportivas, têm sido vistos como equipamentos potentes para a melhoria das condições psicossociais de crianças e adolescentes¹⁷. Os CECOs podem ofertar a crianças e adolescentes atividades lúdicas, esportivas, musicais, culturais com o envolvimento das famílias e da comunidade. Entretanto, apesar de sua potencialidade, são equipamentos bem pouco presentes no estado de São Paulo, uma vez que apenas 14,9 % das unidades referiam tê-lo. Isso é lamentável, pois esse equipamento faz parte das estratégias da rede básica para a Saúde Mental, que poderia utilizá-lo para ações de promoção, prevenção e cuidado ao sofrimento mental leve. Quando estão presentes, 71,6% das UBS relataram utilizar este serviço.

- Principais demandas de Saúde Mental identificadas:

Entre as demandas de Saúde Mental, comumente encontradas na

população adolescente/jovem – excetuando depressão e ansiedade que são as demandas mais prevalentes em todas as unidades da rede básica – o consumo de álcool e outras drogas é a queixa mais encontrada na rede de atenção básica do estado (93,1%). Isto reforça a importância do conhecimento dos profissionais da rede básica sobre a “Política Nacional de Álcool e outras Drogas”¹⁸ e sobre o “Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas”¹⁹, além da compreensão sobre os direitos dos usuários e do preparo para estabelecer estratégias individuais, familiares e grupais, tanto de escuta, reflexão e resgate de metas e objetivos de vida, como de autocuidado e redução de danos, em parceria com outras unidades e instituições existentes no território. Reforça-se, ainda, a importância de uma linha de cuidado municipal e macrorregional para o manejo deste tipo de problema e para o acompanhamento desses casos, em seus diferentes estágios de gravidade, de forma interdisciplinar e intersetorial. Esta não é uma questão possível de ser administrada por um tipo de serviço apenas, assim como quase todas as temáticas de Saúde Mental.

Outras duas demandas, bastante prevalentes na rede básica do estado relacionadas a esta população, são as queixas comportamentais advindas da família/escola/comunidade (82,1%) - (raiva intensa, agressão, desatenção/dispersão, agitação – relacionadas a conflitos e abusos familiares, sociais e escolares), e as situações de perda e traumáticas (81,7%) - (perdas por mortes, incapacitações, aprisionamentos de familiares, separações, enchentes, situações de violência, desemprego dos pais etc.) (Tabela 2). Estas situações contextuais e sociais exigem o manejo de conflitos e o apoio na mobilização de recursos e formas de enfrentamento. Quando moderados, os sintomas desses eventos podem ser muito enfraquecidos e até superados por meio de espaços grupais/individuais de reflexão e aprendizado, mobilização de competências, atitudes adaptativas e de resistência. Esta é uma atribuição possível e adequada à atenção primária, mas depende de um investimento intencional da gestão.

Um terceiro bloco de demandas também prevalente na atenção básica, foram as situações de violência, identificadas por 69,5% das unidades; e os distúrbios alimentares, relatados por 70% das unidades. Para todas as demandas relatadas, a porcentagem de identificação era maior

quando a unidade tinha algum profissional de Saúde Mental (psicólogo, psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional), o que mostra que principalmente na ausência de equipamentos de apoio, ou na insuficiência dos mesmos, estes profissionais podem ajudar na identificação e na construção de respostas e estratégias de cuidado. Isso se torna mais relevante quando percebemos que os municípios pequenos e de médio porte são ainda os que tem menos taxas de identificação de diferentes problemas de Saúde Mental, e são estes os que têm menos equipamentos da rede especializada de apoio.

Tabela 2 – Demandas em Saúde Mental identificadas pelas unidades de atenção básica do estado de São Paulo, em 2017

Demandas identificadas	%
Consumo de álcool e outras drogas	93,1
Queixas comportamentais advindas da família/escola / comunidade	82,1
Perdas e situações traumáticas	81,7
Distúrbios alimentares	70,9
Situações de violência	69,5
Queixas escolares	60,2

- Organização do cuidado em Saúde Mental:

Cientes de que o cuidado com adolescentes e jovens requer sempre um enfoque de integralidade, de articulação dos serviços em rede e de trabalho no território^{1,3,9}, faz-se importante que a rede de atenção básica compartilhe seu cuidado a esta população com outros serviços e instituições, fora e dentro do setor saúde. Além disso, muitas unidades relataram que seus municípios não possuem equipamentos de atenção

especializada; e vários dos que possuem relataram que estes ficam com uma demanda reprimida grande, por conta, tanto da falta de preparo da atenção básica para o manejo de muitos problemas psicossociais, como pela fragilidade institucional – cada vez mais presente nos equipamentos da RAPS, como falta de recursos humanos – bem como por conta da própria complexidade do campo da Saúde Mental, que exige um trabalho interdisciplinar, compartilhado e intersetorial^{20,21}.

Por esse motivo, seria muito relevante o uso apropriado da estratégia de apoio matricial em Saúde Mental para o planejamento e manejo conjunto do sofrimento mental desse grupo social. O matriciamento é uma ferramenta de gestão, que envolve o compartilhamento de saberes entre duas ou mais equipes, em busca da ampliação do olhar sobre determinados temas e situações^{22,23}. Entretanto, pouco mais de metade (53,3%) das unidades entrevistadas relataram ter reuniões de matriciamento na unidade para manejo dos casos em Saúde Mental e apenas metade das unidades realizaram alguma reunião de matriciamento no último ano em que foi feita a entrevista (Tabela 3). Quando existente, a imensa maioria das reuniões matriciais foi realizada por algum CAPS (73,95%), o que também mostra a importância do fortalecimento desse equipamento para ações voltadas para fora do serviço; e 49,6% foram realizadas por Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na época vigentes, ação que deve ter diminuído significativamente no período posterior à pesquisa, por conta da interrupção dessa estratégia de apoio²⁴.

Mostrou-se também relevante para o desenvolvimento do apoio matricial, a presença de outros profissionais específicos, tais como: articuladores de Saúde Mental (que realizaram 44,5% das reuniões matriciais), articuladores da atenção básica (41,2% das reuniões) e outros profissionais de saúde, que não estão em CAPS e NASF (26,7%). Apesar de serem indivíduos isolados, que podem ficar sobrecarregados e que podem não estar devidamente preparados, esses profissionais têm contribuído na atenção à Saúde Mental em vários municípios que possuem menos equipamentos e com uma rede pública mais frágil.

Outra potente ferramenta de gestão e organização do cuidado ofertado é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que pode permitir, se bem utilizado, uma construção conjunta de um cuidado, consensualizado,

dinâmico e revisitado a cada momento com o usuário e com a sua rede de apoio mais próxima, fornecendo olhares interdisciplinares. Esta ferramenta possibilita uma clínica ampliada e não focada no diagnóstico e na medicação psiquiátrica, com o fortalecimento da autonomia do indivíduo em sofrimento e com a proposta de estratégias de ação focadas em suas necessidades, interesses e características²⁵. A pesquisa, no entanto, mostrou que quase 70% das unidades (68, 8%) não fizeram PTS no ano anterior a pesquisa – para casos de sofrimento mental –, e somente 31,3% fizeram esse planejamento. Isso mostra que o PTS não é uma ferramenta de cuidado realmente incorporada na rede básica do estado de São Paulo, talvez pela extensa demanda e pressão existente nesse nível de atenção, o que provoca uma fragmentação do cuidado, ou pela dificuldade de saber como manejar tal dispositivo. Isso compromete um cuidado mais longitudinal e usuário-centrado e o resgate dos direitos individuais. Entre os serviços que fizeram PTS, 82,1% afirmaram terem realizado um PTS para a família como um todo, e não somente para o caso de sofrimento mental. Isso mostra o quanto a rede básica tem o potencial de trabalhar com o núcleo familiar e a rede interpessoal, o que pode ser estratégia promissora para várias ações de cuidado, inclusive com o público adolescente.

Em relação aos encaminhamentos feitos em Saúde Mental pela rede de atenção básica, 54,8% das unidades afirmaram acompanhar a maioria dos casos encaminhados, o que ainda é pouco, sendo que 27,2% das unidades não acompanhavam nenhum caso ou apenas a minoria deles. Isso mostra um funcionamento frágil da rede de atenção e uma precariedade de linhas de cuidado em Saúde Mental, que deveriam ser integrais e com cuidado longitudinal, articulado e conjunto; cuidado com possibilidade de alteração no decorrer do tempo devido a mudanças no quadro clínico, mas que sempre deveria ser coordenado pela rede básica, estruturadora do cuidado em rede. Os casos de Saúde Mental encaminhados para outros pontos de atenção nos 3 meses anteriores à pesquisa, ocorreram em 80,1% das unidades por uso prejudicial de álcool e drogas, em 45,3% por conta de conflitos familiares, em 42,9% por queixas escolares, em 37% por situações de violência, e 31,5% por distúrbios alimentares. Várias dessas queixas, de natureza mais leve e moderada, deveriam ser abarcadas e abordadas pelas equipes da rede de atenção básica, com o apoio da

rede especializada e de urgência emergência. Entretanto, a apropriação do cuidado em Saúde Mental na rede básica é ainda baixa. Esse cuidado se mostrou mais efetivo onde havia presença de profissionais de Saúde Mental nas unidades.

Tabela 3 – Indicadores de organização do cuidado nas unidades de atenção básica do estado de São Paulo e tipos de casos encaminhados, 2018

Práticas de cuidado	%
Realização de reuniões de matriciamento na unidade	53,3
Realizou matriciamento no último ano	50,0
Matriciamento realizado por CAPS	73,9
Matriciamento realizado por NASF	49,6
Matriciamento realizado por articulador de Saúde Mental	44,5
Matriciamento realizado por articulador(a) de AB	41,2
Fez PTS no último ano	31,3
O PTS realizado foi dirigido para a família	82,1
Acompanha a maioria dos casos encaminhados	54,8
Não acompanha nenhum ou a minoria dos casos encaminhados	27,2
Encaminhamento de casos por uso prejudicial de álcool e outras drogas (últimos 3 meses)	80,1
Encaminhamento de casos por conflitos familiares	45,3
Encaminhamento de casos por queixas escolares	42,9
Encaminhamento de casos por situação de violência	37,0
Encaminhamento de casos por distúrbios alimentares	31,5

- Grupos educativos e de cuidado ofertados na rede de Atenção Básica:

Em relação a grupos educativos e de cuidado realizados nas unidades básicas, percebeu-se que vários dos grupos propostos têm ou poderiam ter, por sua temática e proposta, a provável participação de jovens e adolescentes: grupos de gestantes, de planejamento familiar, de pais e

mães recentes (puericultura), de sexualidade/orientação sexual, de uso de álcool e outras drogas. Entretanto, ainda é bem baixa a existência de alguns desses grupos de reflexão conjunta. Os grupos de gestantes são os mais frequentes (61,3% das unidades o referiram), mas somente 43,6% das unidades afirmaram realizar grupos de planejamento familiar; somente 33,9% das unidades realizaram grupos de pais e mães recentes; apenas 16,9% realizaram grupos de sexualidade/orientação sexual/saúde sexual; e não mais que 8,6% realizaram grupos sobre uso de álcool e outras drogas. A frequência da maioria desses encontros era mensal (Tabela 4).

Os grupos de discussão, de reflexão, terapêuticos, de ajuda entre pares, ou mesmo educativos são estratégias potentes para a promoção de saúde, para prevenção de diversas condições patológicas, para o incremento do autocuidado, para apoio mútuo, para a revisão de conceitos, para o fortalecimento pessoal e desenvolvimento de recursos próprios, inclusive psíquicos. Entretanto, vê-se que ainda são insuficientemente utilizados na rede básica do estado para várias temáticas que poderiam contribuir para a melhoria e sustentação da saúde mental. Em geral, quando utilizados têm em sua maioria uma frequência espaçada (em geral mensal), o que pode fragilizar o engajamento e o impacto dessa atividade na vida das pessoas, principalmente em temáticas de natureza psicossocial e que possuem um processo de elaboração, conscientização e mudanças mais lento. Temáticas como sexualidade e uso de drogas, que teriam uma parcela importante de público adolescente e jovem, são bem pouco ofertadas na rede básica. Essas são atividades que poderiam ser reforçadas a partir de ações de formação/capacitação e matriciamento e, para isso, precisariam da intencionalidade da gestão municipal ou do próprio serviço.

Tabela 4 – Grupos educativos e articulação intersetorial para o cuidado em Saúde Mental realizados nas unidades de atenção básica do estado de São Paulo, 2018

Grupos educativos	%
gestantes	61,3
planejamento familiar	43,6

pais e mães	33,9
sexualidade/orientação/sexual/saúde sexual	16,9
uso de álcool e outras drogas	8,6

Articulação intersetorial para o cuidado em Saúde Mental

Existe alguma articulação	63,2
---------------------------	------

Daqueles que fizeram alguma articulação, esta foi:

articulação com o CRAS e CREAS	95,1
articulação com estabelecimentos de ensino	75,3
articulação com equipamentos do esporte	23,8
articulação com equipamentos da cultura	16,5

- Articulação intersetorial para o cuidado em Saúde Mental:

Quando perguntadas sobre a existência de articulações com grupos/instituições/organizações de fora do setor da saúde para o cuidado em Saúde Mental, 63,2% das unidades entrevistadas afirmaram que tinham algum tipo de articulação, mas 36,8% afirmaram não ter. Apesar da alguma articulação ser feita pela maioria das unidades da rede, esse número ainda surpreende, pois, tanto a “Política Nacional de Saúde Mental”, como a própria prática de Atenção Psicossocial, sustentam-se em uma visão de trabalho em rede – dentro do setor saúde e em articulações intersetoriais com outros setores do poder público e da sociedade, buscando a reinserção psicossocial, a integralidade da atenção e o manejo cooperativo e sinérgico dos complexos problemas de Saúde Mental.

A articulação intersetorial faz parte, também, dos princípios básicos da “Política Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil”⁹, pois a Saúde Mental do público jovem e adolescente não depende somente de uma rede de atenção básica e especializada em saúde, mas, também, de outros dispositivos sociais, como: escola, igreja, órgãos de justiça, assistência social, conselho tutelar, instituições e programas esportivos/culturais/de lazer, entre outros, disponíveis na localidade/região; construindo, por assim dizer, uma clínica psicossocial do território.

Entre as unidades básicas que se articulam, quando perguntadas

com quais grupos se articulam para cuidar do sofrimento mental ou promover a Saúde Mental, 95% se articulam com os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), 75,3% com estabelecimentos de ensino (escolas/creches e universidade), 23,8% com equipamentos do Esporte e 16,5% com equipamentos da Cultura. Isso revela o quanto a demanda social e de casos de violência pode estar levando as unidades de saúde a uma maior e necessária aproximação das políticas de assistência social para o cuidado de crianças e adolescentes. Mas a articulação com a escola, considerada estratégica e um espaço social privilegiado para o desenvolvimento cognitivo/emocional dos adolescentes e jovens, além de fundamental na detecção de riscos, redução de danos e manejo dos agravos psicossociais, ainda não é amplamente acessada para reuniões, trabalhos, atividades conjuntas, encaminhamentos e orientações. Todas as unidades deveriam ter esse tipo de articulação.

Os equipamentos de Esporte e Cultura, considerados fundamentais para um cuidado abrangente, para o fortalecimento de vínculos sociais, para o desenvolvimento de competências e habilidades pessoais, para o aumento da criatividade, para ampliação de interesses e motivação para a vida, bem como para construção de objetivos próprios, são bem pouco acessados e considerados nas ações de cuidado em Saúde Mental desenvolvidas pelas unidades básicas. Isto limita muito o cuidado ofertado ao público jovem e adolescente nesta área.

O “Projeto Saúde na Escola” (PSE)²⁶ foi iniciado em 2007 com o objetivo de desenvolver políticas e ações intersetoriais integradas entre os setores da Saúde e Educação, nas três esferas do governo, para a melhoria da qualidade de vida e diminuição de vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Entretanto, observou-se que menos da metade das unidades da atenção básica tinha algum tipo de participação neste projeto, que sempre dependeu de uma boa articulação entre Saúde e Educação no âmbito regional e municipal para a concretização de várias ações em saúde no âmbito escolar.

Considerações finais

A implantação da Política Nacional de Saúde Mental e do Modelo de Atenção Psicossocial nos estados e nos municípios – propostos na Reforma Psiquiátrica Brasileira – dependem da abrangência dos serviços substitutivos e territoriais existentes, atuando em rede junto à atenção básica, além da articulação intersetorial com outros equipamentos governamentais, sociais e comunitários. Entretanto, a rede de apoio especializado em Saúde Mental mais utilizada, especialmente pelo público adolescente e jovem (CAPS-IJ e CAPS-ad) mostrou-se insuficiente e pouco abrangente no estado de São Paulo. Essa situação pode indicar que parte importante de usuários de unidades básicas não tem acesso a essa rede no município, apesar de existir uma demanda reprimida nesse sentido. Isso é preocupante uma vez que a queixa de uso abusivo de álcool e outras drogas é a segunda mais prevalente nas unidades básicas, correspondendo a 80% dos casos encaminhados para a atenção especializada. Serviços que não fazem parte da RAPS, que não utilizam práticas de cuidado territorial, interdisciplinar e em rede e, portanto, que não são adequados para um cuidado psicossocial, ainda são muito utilizados, como os ambulatórios de Saúde Mental. Soma-se a isso o fato de que serviços estratégicos para o fortalecimento de competências sociais, culturais e pessoais de adolescentes e jovens, como o CECO, serem bem pouco presentes para apoiar o cuidado da atenção básica com estes grupos. Faz-se necessário uma indução governamental nesse sentido.

Ainda é expressivamente insuficiente o uso de matriciamento no estado para a implantação e qualificação do cuidado em saúde mental na atenção básica, principalmente considerando que esta tem sido a principal estratégia proposta para o fortalecimento das unidades básicas no manejo de situações que exigiriam práticas psicossociais. Essa falta de apoio permanente, a insuficiente formação para o cuidado psicossocial e a sobrecarga de trabalho com reduzidos recursos humanos, podem também estar contribuindo para a alta frequência de uso de psicofármacos na atenção à Saúde Mental. A fragilização dos serviços de saúde, da mesma forma, pode ser determinante na escassa utilização de espaços

de diálogo, reflexão e de atividades grupais nas unidades básicas, que são estratégicas no manejo de conflitos e situações comportamentais que geram danos psíquicos.

Entre as articulações intersetoriais que se utilizam de recursos do território, fundamentais para um trabalho abrangente, integral e que contribui para a reinserção psicossocial, podemos destacar as articulações com estabelecimentos de ensino. No entanto, tais articulações ainda precisam ser mais fortalecidas, como por exemplo as ações conjuntas e integradas do “Programa Saúde nas Escolas” para o manejo de graves problemas psicossociais contemporâneos, tais como a violência interpessoal e digital, o racismo, e outros tipos de intolerância. A articulação da rede básica com estruturas e equipamentos da cultura e do esporte, profundamente relevantes para o fortalecimento de habilidades e competências psicossociais, é ainda também completamente incipiente e precisaria ser incentivada e facilitada pela gestão municipal.

Por fim, é necessário registrar que este capítulo traz algumas limitações, de relativa relevância, uma vez que se utilizou de dados coletados em uma pesquisa cuja ênfase foi o cuidado psicossocial promovido pela atenção básica no geral, não tendo especialmente foco em adolescentes e jovens. Contudo, acredita-se que o presente capítulo conseguiu elencar as questões e temáticas que mais se aproximavam do universo de cuidado ofertado a este público nas unidades básicas de saúde, em todo o território do estado de São Paulo.

Referências

1. Ayres JR, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface comun. saúde educ.* 2012; 16 (40): 67-81.
2. Organização Panamericana de Saúde - OPAS. Saúde Mental dos adolescentes [internet]. [acesso em 10 jun 2022]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>
3. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Linha de Cuidado para

- a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: LCA&J; 2021.
4. Scarpazza CF, Vieira AG, Neto HA. Adolescência e suas complexidades: a busca por ajuda em serviço de saúde mental. *Research, Society and Development*. 2021;10(13):1-18.
 5. Santos DCM, Jorge MS, Freitas CH, Queiroz MV. Adolescentes em sofrimento psíquico e a política de saúde mental infanto-juvenil. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(6):845-50.
 6. Gryscek G, Pinto AA. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? *Ciênc. Saúde. Colet*. 2015; 20(10):3255-3262.
 7. Silva JF, Matsukura TS, Ferigato SH, Cid MFB. Adolescência e saúde mental: a perspectiva de profissionais da Atenção Básica em Saúde. *Interface Comum. saúde educ*. 2019; 23:1-14.
 8. Lourenço MS, Matsukura TS, Cid MF. A saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores da Atenção Básica à Saúde: possibilidades e desafios. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*.2020;28(3): 809-828.
 9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília (DF); 2005.
 10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília (DF); 2005.
 11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 132 p.
 12. Brasil. Lei n.º 8.069. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Diário Oficial da União. 13 jul 1990.
 13. Galhardi CC, Matsukura TS. O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realida-

- des e desafios. *Cad. saúde pública*. 2018; 34(3):1-12.
14. Blikstein F. Destinos de crianças: estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2012.
 15. Severo AK, Dimenstein M. Rede e Intersetorialidade na Atenção Psicossocial: Contextualizando o Papel do Ambulatório de Saúde Mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2011; 31 (3): 640-655.
 16. Exner C, Surjus LT, Argento FA. Saúde mental infantojuvenil: estratégias de cuidado em unidade de acolhimento. *Cad. Brasil. Saúde Mental*. 2020; 12(31): 60-86.
 17. Ferigato SH, Carvalho SR, Teixeira RR. Os Centros de Convivência: dispositivos híbridos para a produção de redes que extrapolam as fronteiras sanitárias. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 1016; 8 (20):80-103.
 18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília (DF); 2003.
 19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Brasília (DF); 2015.
 20. Miranda L, Oliveira TFK, Santos CBT. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: paradoxos e Efeitos da Precariedade. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2014; 34(3), 592-611.
 21. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad. saúde pública*. 2021; 37(3):1-16.
 22. Delfini PS, Reis AO. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(2):357-366.
 23. Quinderé PH, Jorge MS, Nogueira MS, Costa LF, Vasconcelos MG. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciênc. Saúde Colet*. 2013; 18(7):2157-2166.
 24. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979

Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 [internet]. Brasília (DF); 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html.

25. Grigolo TM, Garcia CA, Peres GM, Rodrigues J. O Projeto Terapêutico Singular na clínica da atenção psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2015; 7(15):53-73.
26. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Passo a passo PSE - Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade*. Brasília (DF); 2011.

Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o SUS: recomendações para a atenção à Saúde Mental

Regina Figueiredo^I, Sandra Mara Garcia^{II},
Jan Billand^{III}, Mariana Arantes Nasser^{IV}

Resumo: Este capítulo tem como objetivo apresentar as referências da “Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo” (LCA&J) com relação às ações de Saúde Mental, buscando orientar os gestores dos municípios paulistas, e dando destaque ao papel da Atenção Básica à Saúde nesse processo.

Palavras-chave: Adolescentes/Jovens; Políticas públicas de saúde; Saúde mental; Atenção Básica à Saúde.

-
- I Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é Cientista Social, Mestre em Antropologia, Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, Membro do grupo técnico de Saúde do Adolescente, do Comitê de Saúde Integral à Saúde LGBT e do projeto de implementação da “Linha de Cuidado para a Adolescência e Juventude para o SUS-SP” (LCA&J) e do Comitê de Saúde Integral da População LGBT desta secretaria.
- II Sandra Mara Garcia (sandragarciasp@gmail.com) é Antropóloga pela Universidade de Brasília (UNB), Licenciada em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-SP), Mestre em Gênero e Estudos de Desenvolvimento pela University of Sussex, Inglaterra, Doutora em Demografia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Pesquisadora e Coordenadora do Núcleo de População e Sociedade do Centro Brasileiro de Análises e Planejamento (CEBRAP), Pesquisadora associada do Projeto “Linha de Cuidado para a Adolescência e Juventude para o SUS-SP” (LCA&J).
- III Jan Billand (jsj.billand@gmail.com) é Psicólogo e Doutor em Psicologia Social pela Université Paris 13 com dupla titulação em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), Pós-Doutorando vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP) e Pesquisador associado do Projeto “Linha de Cuidado para a Adolescência e Juventude para o SUS-SP” (LCA&J).
- IV Mariana Arantes Nasser (manaranasser@gmail.com) é Médica pela Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB/UNESP), Especialista em Medicina Preventiva e Social pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FMUSP), Doutora em Ciências – Área de Medicina Preventiva pela FMUSP, atua como Médica Sanitarista do Centro de Saúde Escola Professor Samuel Barnsley Pessoa (CSEB) da (FMU-SP), Professora adjunta da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP), Pesquisadora Coordenadora do Projeto “Linha de Cuidado para a Adolescência e Juventude para o SUS-SP” (LCA&J).

Introdução

A “Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo” (LCA&J)^{IV}, foi construída e pactuada a partir da atuação e coordenação compartilhada entre instâncias de gestão do Estado de São Paulo e instituições acadêmicas e de pesquisa. Um marco foi a apresentação de um documento sobre a LCA&J, contendo na Comissão Intergestores Bipartite do estado de São Paulo, em outubro de 2018. Desde então, ela vem sendo considerada uma política pública para adolescentes e jovens para o SUS em São Paulo, por apresentar diretrizes e estratégias para a implementação e operação, incluindo recomendações para a prática e indicadores para a avaliação.

Esta política pública de saúde procura dar diretrizes e orientações para serviços públicos de saúde localizados em municípios do Estado de São Paulo, na atenção integral da saúde de adolescentes e jovens, explicitando-os como sujeitos de direitos civis e sociais quanto à saúde, tal como estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente² e o Estatuto da Juventude³, reconhecendo a importância desses, enquanto indivíduos que devem ser priorizados nas ações do Estado:

“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.”⁴ (art. 227)

V A LCA&J foi elaborada por meio de um projeto de pesquisa e intervenção, desenvolvido pelas seguintes instituições parceiras: o Programa Estadual de Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), a Coordenação da Atenção Básica (SES-SP); Programa de IST, Aids e Hepatites Virais (SES-SP); Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Drogas (SES-SP); o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo; o Centro de Saúde Prof. Samuel B. Pessoa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; o Laboratório de Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo; e o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. O projeto contou com o apoio do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS): Decit/SCTIE, CNPq, SES-SP, FAPESP (Processos 2016/15205-5 e 2019/03955-8), e da Organização Pan-Americana de Saúde (SCON201602872). Dados sobre a equipe e informações complementares podem ser acessadas no site: <https://saudeadolescentesejovens.net.br/>

“O jovem tem direito à saúde e à qualidade de vida, considerando suas especificidades na dimensão da prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral.”³
(art. 19)

Com relação à saúde integral, incluem-se e destacam-se as ações de saúde mental que devem ser ofertadas em todo Sistema Único de Saúde (SUS) e redes intersetoriais. No entanto, questionário descritivo^{VI} respondido pelos serviços de saúde – incluindo Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de Atenção Especializada e Centros de Testagem e Aconselhamento em IST/Aids (SAE/CTA), as Casas do Adolescente e os ambulatórios de hospitais universitários – durante o período de construção da LCA&J, em 2017, mostrou que esta abordagem tem sido realizada principalmente nos serviços hospitalares especializados neste público e nas Casas do Adolescente¹, mostrando a importância da implementação de ações que promovam tal abordagem também na Atenção Básica geral, ou seja, em cerca de 2.011 unidades básicas de saúde existentes, na época, no estado de São Paulo⁵.

Para a integralidade deve-se tomar como princípio fundamental a atuação pautada pelas necessidades em saúde, “com vistas a atingir as finalidades buscadas por um determinado serviço, programa ou política de saúde, favorecendo também a combinação dessa intencionalidade com os projetos do sujeito do cuidado”¹ (p. 72). Assim, integrar a população adolescente e jovem nas ações de saúde é torná-la parte da promoção do cuidado e ações que minimizem as ocorrências de saúde futuras e que atingem a população adulta por falta de prevenção anterior.

A atenção à Saúde Mental de jovens e adolescentes

No caso de adolescentes e jovens, a atenção à Saúde Mental inclui, com foco especial, o ambiente e estrutura familiar, na escola e no meio e

VI Trata-se de um questionário online, respondido por gerentes de 949 serviços ou equipes de 252 municípios paulistas, correspondendo a 17,6% dos 5.402 serviços contabilizados no Estado de São Paulo pelo DATASUS em 2017, época do estudo¹.

espaço social de lazer, ambientes de inserção significativa, tanto qualitativa, quanto no que concerne ao tempo de convívio aos quais os adolescentes desfrutam nos territórios e seus fluxos.

Também se destacam as ações ofertadas pela Atenção Básica à Saúde, por meio das unidades básicas de saúde que dão acesso aos moradores específicos das localidades em que atua.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é apontada como imprescindível para esta oferta, e deve estar orientada pelo respeito à cidadania, inclusão social, redução de vulnerabilidades gerais vividas na adolescência e juventude e atenção aos direitos da pessoa em sofrimento psíquico⁶. Esta rede é composta por diversos serviços e equipamentos: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas tipologias e portes; os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os ambulatórios multiprofissionais, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UA), os leitos de saúde mental nos hospitais gerais, leitos de psiquiatria nos hospitais especializados e nos hospitais-dia atenção integral. O questionário realizado para a construção da LCA&J apontou que as articulações entre serviços são estabelecidas principalmente por CAPS, indicando a centralidade da rede para o trabalho destes serviços¹.

Desta forma, a Saúde Mental é vista como expressão das condições de vida, sociabilidade e cultura, em que o adolescente e jovem se encontram e as que refletem em seus estados psíquicos, inclusive em nível de adoecimento ou sofrimento mental.

Quanto às temáticas a serem trabalhadas para o enfoque em Saúde Mental, não deve haver uma simplificação e atenção apenas às ocorrências problemáticas pontuais ou crônicas que se manifestam entre os jovens e adolescentes, mas temas gerais que abarcam a sua condição, inserção social e estágio de vida, como: meio ambiente, direitos, cidadania, autoestima, percepções sobre o próprio corpo, padrões de beleza, relação familiar e com amigos(as), discriminação racial relações de gênero – inclusive questões referentes às diversidades sexuais de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis e intersexos (LGBTI+) –, como também namoros, sexualidade, risco de maternidade e paternidade e infecções se-

xualmente transmissíveis (IST), relações e desenvolvimento escolar, projetos de vida, planos, participação social, trabalho e profissionalização¹.

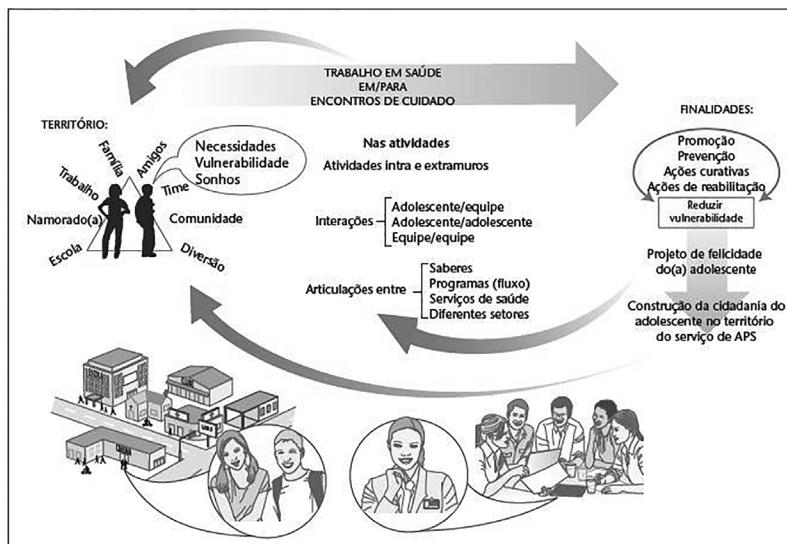
Para haver integração desta população, é preciso que profissionais deem voz a este público, durante todo o processo de cuidado, o que pode ser feito ao se dar espaço para a interação, o diálogo, a participação interna e externa aos muros institucionais, em atividades que vão integrá-los, como rodas de conversa, oficinas de trabalho, identificação de recursos humanos e materiais para estas ações e atualização das equipes de trabalho por meio de um processo de educação permanente, que englobe profissionais, mas também gestores dos mais variados níveis da Saúde^{7,8}.

- Integração de adolescentes e jovens no cuidado:

Para iniciar ações com adolescentes e jovens, é necessária uma atitude ativa de mapeamento e identificação do território, para incluir não apenas famílias deste grupo populacional, mas seus espaços de reuniões e encontros na comunidade. A partir daí, verifica-se o grau de vulnerabilidade que os cercam e traçam-se objetivos para a promoção da saúde. Ou seja, é fundamental conhecer as realidades locais dos adolescentes e jovens de cada localidade⁹ e não a partir de modelos idealizados dos próprios profissionais de saúde.

Também o diálogo e a percepção dos adolescentes e jovens devem ser levados em conta, pois é uma forma de acessar suas necessidades e desejos, que devem ser integrados aos objetivos do cuidado para serem significativos e atrativos.

Imagem 1 1 - Esquema do cuidado integral de adolescentes na atenção primária¹⁰



Fonte: Nasser & cols, 2021.

Assim, a Atenção Básica deve estar preparada para identificar e prevenir fatores de risco na população adolescente e jovem, articulando ações que dialoguem com a Política Nacional de Promoção da Saúde¹¹, mas também com o Estatuto da Juventude³ que, com relação ao direito à saúde, destaca as principais vulnerabilidades deste grupo:

“II - atenção integral à saúde, com especial ênfase ao atendimento e à prevenção dos agravos mais prevalentes nos jovens (...)

IV - garantia da inclusão de temas relativos ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas, à saúde sexual e reprodutiva (...)

V - reconhecimento do impacto da gravidez planejada ou não, sob os aspectos médico, psicológico, social e econômico.”³ (art. 20)

Esta promoção também deve interagir com a Política de Prevenção e Redução da Morbimortalidade por Acidentes e por Violências¹², com a Rede Brasileira de Núcleos de Prevenção de Violências e Acidentes, Promoção da Saúde e Cultura de Paz (REDEVIVAPAZ)¹³, com a Política de Saúde Mental¹⁴ e com a Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas¹⁵.

- O importante papel das UBS:

A maior parte das necessidades de adolescentes e jovens pode ser atendida numa boa atuação das UBS. Nelas, são atribuições: as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência curativa e reabilitação, tanto individuais como coletivas, dentro da unidade ou na comunidade. Assim, conforme orientação do Ministério da Saúde, em relação à saúde dos adolescentes e jovens, esses equipamentos são fundamentais para a promoção do crescimento e do desenvolvimento saudáveis, que devem ser acompanhados sistematicamente nas unidades básicas de saúde para:

- “• investigar o crescimento físico com a identificação das variáveis pubertárias fisiológicas normais ou patológicas e suas repercussões no indivíduo, atentando-se, quando for o caso, às especificidades da pessoa com deficiência e características de cada deficiência apresentada (física, visual, auditiva, intelectual e múltipla);
- complementar o esquema vacinal, buscando estratégias intersetoriais em especial com a educação, investigar e trabalhar com fatores de risco atuais e potenciais presentes nos modos de vida para o uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, para estabelecer doenças crônicas e para as violências;
- identificar possíveis problemas emocionais e causas sociais de privação emocional ou nutricional e detectar mudanças ambientais, como as migrações, que possam vulnerabilizá-las;

- ultrapassar os desafios para a construção de políticas integradas que retirem e protejam o adolescente e o jovem do trabalho precoce e desprotegido, que não reconhece e não respeita a condição destas pessoas em situação peculiar de desenvolvimento, vulnerabilizando-as frente às enfermidades e aos agravos à saúde trazidos por estas situações;
- desenvolver ações preventivas com a família, escola, comunidade e com a própria criança e adolescente;
- contribuir com um padrão alimentar saudável e para identificar possíveis distúrbios nutricionais”¹⁶ (p.80-81).

Levantar as possibilidades de outros equipamentos e de outras políticas sociais que complementam a integralidade da atenção deve fazer parte dessas tarefas. Nesse sentido, a articulação com os outros serviços de saúde, por meio do apoio matricial e dos encaminhamentos, por exemplo, é fundamental e deve ser feito sempre a partir do vínculo com a UBS, que também tem o papel de coordenação do cuidado⁹.

Assim, a UBS deve realizar acolhimento e orientação de adolescentes e jovens em situações que envolvem sofrimento emocional, realizando encaminhamento para os CAPS, buscando evitar “rótulos” de diagnóstico e contribuindo para a redução do sofrimento do usuário.

- O papel dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):

O estado de São Paulo conta com 598 CAPS cadastrados no Ministério da Saúde, sendo 102 deles na capital (BRASIL, s/d)¹⁷.

Quadro 1 – Quantidade e tipo de CAPS localizados no estado de São Paulo¹⁷

Tipo	Público	Quantidade
CAPS Adulto geral	Deve atender pessoas com problemas de Saúde Mental graves e persistentes, de todas as faixas etárias;	358

CAPS-ad - Álcool e Drogas	Deve atender todas as faixas etárias em questões relativas ao uso e abuso de álcool e drogas	124
CAPS IJ - Infante Juvenil	Deve atender crianças e adolescentes com problemas de Saúde Mental graves e persistentes, incluindo uso e abuso de álcool e drogas	116
Total		598

Fonte: Nasser & cols, 2021.

Vale observar que os diferentes tipos de CAPS poderão estar disponíveis a depender do porte populacional para cada município: CAPS I, com população de 20.000 a 70.000 habitantes; CAPS II e CAPS-ad II, de 70.000 a 200.000 habitantes; e CAPS III, CAPS-IJ e CAPS-ad III, a partir de 200.000 habitantes¹⁸.

Os CAPS estão preparados para atuar em casos de doenças mentais crônicas e mais complexas, como psicoses ou casos de dependência química, enquanto serviço especializado que possui equipe multidisciplinar, incluindo assistentes sociais, psicólogos e psiquiatras.

Nesse sentido, com relação aos adolescentes, os CAPS devem realizar:

- “Acolhimento (...) envolvendo, humanização, responsabilidade, diálogo e promoção da autonomia de adolescentes e jovens;
- Triagem, com criação ou adaptação de fichas para o levantamento de necessidades;
- Elaboração, desenvolvimento e avaliação de PTS em diálogo com adolescentes e jovens, suas famílias e comunidades;
- Vinculação dos(as) adolescentes a um(a) profissional de referência;
- Atendimento individual medicamentoso, psicoterápico, de orientação de direitos, entre outros;
- Atendimento em grupos: psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros;
- Visitas domiciliares de busca ativa e acompanhamento;

- Atendimento às famílias, a partir do entendimento de que cuidar das relações familiares é fundamental para haver cuidado efetivo;
- Atendimento em oficinas terapêuticas (incluindo oficinas de geração de renda, leitura, jogos etc.);
- Atividades comunitárias enfocando a integração das pessoas com transtorno mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- Envolvimento de adolescentes e jovens com problemas de saúde mental junto a seus pares;
- Reuniões de equipe para discussão de casos e organização do trabalho;
- Reuniões de educação permanente sobre especificidades da adolescência, da Saúde Mental, dos direitos humanos, dos riscos de medicalização, dos PTS, entre outros assuntos;
- Atividades gerenciais, incluindo vigilância de faltosos;
- Avaliações periódicas com vistas ao planejamento das atividades;
- Atividades voltadas à participação social de adolescentes e jovens na gestão do serviço e na comunidade.”¹ (p. 119)

Imagem 2 – Cuidado de Adolescentes e Jovens e articulações a partir do CAPS¹

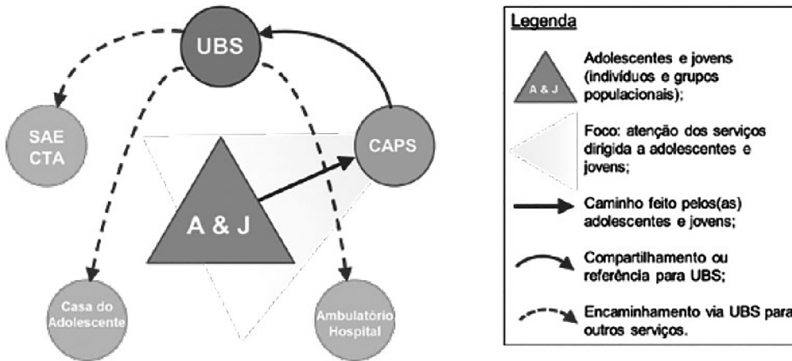


Figura 17 – Cuidado de adolescentes e jovens e articulações a partir do CAPS

Fonte: Nasser & cols, 2021.

Os CAPS também devem realizar o matriciamento em Saúde Mental com outros serviços de saúde, particularmente as UBS, além de articular-se com serviços do território (escolas e centros culturais etc.) e formação de rede de apoio social com demais setores públicos, para auxiliar no reconhecimento e redução do sofrimento, além de avaliar onde os seus cuidados são requeridos.

Assim, além das atividades voltadas à promoção da Saúde Mental, os CAPS devem agir para:

- fazer enfrentamento de estigmas;
- promover a prevenção do uso de álcool e drogas etc.;
- focar nas pessoas e populações em situação de vulnerabilidade a fim de realizar atividades voltadas à inclusão e à reabilitação de adolescentes e jovens;
- manter parcerias com os movimentos sociais do território e/ou relacionados ao tema da adolescência e da juventude, à luta antimanicomial, ao enfrentamento

da medicalização de problemas sociais e à promoção dos direitos humanos.

Particularmente quando atende a vários municípios de pequeno porte, o CAPS deverá promover a articulação de referências e fluxos da região juntamente com suas respectivas secretarias de saúde e regulação locais¹.

- A especificidade dos casos de exposição sexual na adolescência e juventude:

No Brasil, a idade média de início da vida sexual de meninas e meninos é de 15 anos, o que requer a atenção preventiva em saúde sexual e reprodutiva para protegê-los de gestações, maternidades e paternidades não planejadas e infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Essas ocorrências em saúde sexual e reprodutiva são as primeiras causas de internações em hospitais ligados ao SUS entre meninas de 10 a 19 anos na maioria das cidades do país. No Estado de São Paulo, em 2022, pelo menos 24.933 meninas engravidaram nesta faixa etária, segundo dados de internação para partos e abortos em hospitais ligados ao SUS, 897 delas meninas menores de 14 anos¹⁹.

Esses casos sobrecarregam as meninas socialmente acarretando, para muitas, atraso e abandono escolar. Segundo Abramovay, 18,1% da evasão escolar feminina se dá pela ocorrência da maternidade²⁰, o que consequentemente afetará a preparação profissional e a renda desse público futuramente, além de causar desafios familiares²¹.

Vale ressaltar que essas situações de adaptação à nova rotina e papel de mãe impactam na Saúde Mental das adolescentes e jovens. Vale notar que muitas vezes, quando engravidam, passam a ser percebidas pelos outros como mães, e não mais como adolescentes ou jovens²², o que pode ter relação também com suas interpretações de si mesmas. Santos²¹ acredita ainda que causa medo, inseguranças, dificuldades quanto à realidade cotidiana da maternidade e, em alguns casos, baixa autoestima, depressão e ansiedade. Este fenômeno evidencia a necessidade do enfoque de Saúde Mental de adolescentes grávidas e recém tornadas mães,

para apoiar este processo e período de mudança em suas vidas e, se necessário, a parceria com serviços de Assistência Social para estruturação de demandas sociais e escolares.

Também os casos de infecções sexualmente transmissíveis, principalmente de doenças que se tornam crônicas e/ou trazem estigmas, acarretam sobrecarga emocional de adolescentes. A sífilis acometeu, no estado de São Paulo, 1.280 adolescentes gestantes entre 10 e 19 anos em 2022, fora aqueles e aquelas que não foram diagnosticados, visto que o exame desta doença só está previsto como de recomendação obrigatória no pré-natal²³.

O HIV atingiu 323 adolescentes e jovens de 15 a 25 anos, principalmente gays e travestis e transexuais. Essas infecções somam-se, no caso deste público²⁴, às ocorrências de preconceito e violência vividas pelo público LGBTI+ que, em grande parte das vezes repercutem em sua saúde mental. O “Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil” aponta que 38,2% das denúncias de violência contra LGBT, tinham como agressores membros da família²⁵.

Também a escola se constitui para a população LGBT infantojuvenil como um local de violência contra este grupo. Pesquisa realizada pela Associação Brasileira LGBT aponta que 43% e 60% dos estudantes, que haviam feito Ensino Básico no país, se sentiam inseguros na escola, respectivamente, devido à sua expressão de gênero e à sua orientação sexual; e mais de 25% foram agredidos fisicamente nesses espaços por tais motivos; razão que os leva a ter o dobro das faltas escolares do que seus colegas. Esta última pesquisa também aponta que esses estudantes tinham 1,5 vezes mais chances de relatar níveis elevados de depressão²⁶.

No caso das travestis e transexuais esses dados de ocorrências que trazem situações de vulnerabilidade à Saúde Mental, se somam ao registro de maior consumo de álcool e drogas²⁷, de ideias e tentativas de suicídio, registrados na literatura²⁸.

Todos esses problemas se somam às ocorrências comuns de ansiedade, medo e angústias adolescentes para lidar com as questões de sexualidade e início da vida sexual.

- A especificidade do uso abusivo de álcool e drogas:

A atenção ao abuso de drogas é destacada pelo Estatuto da Juventude³ não apenas por atingir um significativo número de jovens e adolescentes, sendo uma das principais causas de morbidade entre jovens do sexo masculino, mas também pelo fato de o período da adolescência e juventude ser de experimentação dos comportamentos adultos existentes na sociedade, como o uso de drogas, incluindo bebidas alcoólicas e o cigarro de tabaco.

De acordo com dados de três estudos nacionais realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas²⁹, o consumo de bebidas alcoólicas tem aumentado entre jovens, derivando em problemas e eventos relacionados à saúde entre este público. Somente considerando o público de 10 a 12 anos, 12% das crianças brasileiras já haviam consumido algum tipo de droga na vida.

Igualmente, Monteiro e colegas³⁰ apontam para o consumo de cigarros de tabaco, que chegam a 22,7% do público adolescente e jovem masculino. Esses autores apontam que o consumo de drogas ilícitas também é predominantemente feito por meninos, chegando a 10,1% para solventes, 6,6% para maconha, 1,6% para a cocaína e 2,6% para anfetaminas (2,6%). A esse uso de drogas somam-se o uso de medicamentos ansiolíticos, feitos por 3,8%, o que demonstra o acesso facilitado desse público a produtos farmacêuticos controlados.

O consumo de crack, inclusive o feito por jovens e adolescentes em situação de rua³¹, aponta para o uso dessas substâncias e sua interface com a Saúde Mental; sendo que este último público está associado não apenas à saúde, mas à cidadania e direitos humanos em geral, devido à violência, à falta de estrutura básica habitacional e de higiene, entre outras, que enfrenta.

Assim, tanto as UBS devem realizar ações de prevenção e disseminação intra e extramuros sobre essas substâncias e seus efeitos quanto à saúde, como alertar os riscos do envolvimento com essas substâncias devido à sua ilegalidade⁹, que levam à exposição a violências, disputas e mortes significativamente registradas entre este público masculino jo-

vem em nosso país, constituindo-se como uma das principais causas de internação hospitalar e de mortalidade³².

Cabe às UBS também a continuidade de acompanhamento dos casos, mesmo quando se fazem necessários o encaminhamento de casos de abusos e dependências para os CAPS ou CAPS-ad, uma vez que tem proximidade com a comunidade e a localidade onde esses adolescentes e jovens residem e fazem este uso, e por isso mais capacitados para identificar se está sendo feito ou não o tratamento indicado e as motivações para que isso ocorra, mantendo uma comunicação constante entre UBS e CAPS para esses casos.

Já, os CAPS e CAPS-ad poderão acolher esses adolescentes e jovens não apenas para realizar o Plano Terapêutico Singular (PTS) de cada caso, mas também promover atividades preventivas, integrando os usuários, familiares e parceiros, em estratégias de oficinas e grupos de atividades variadas que beneficiem cada PTS⁹.

Cabe também lembrar, que a Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo (CIB) CIB n.º 126, de 30 de setembro de 2021³³ orienta que “as RAPS, considerando a complexidade das demandas de crianças e adolescentes no cuidado territorial em saúde mental e a prioridade que deve ser dada a essa faixa etária na formulação de políticas públicas” (p.3) e estabelece que esta atenção seja realizada no território, utilizando “recursos que garantam a observância dos direitos básicos como convivência familiar, acesso a escola, condições dignas de desenvolvimento e proteção, assegurados pelo ECA” (p.3).

Em 2018 já havia estabelecido, por meio da Deliberação CIB n.º 118 de 21 de dezembro de 2018³⁴, que, em casos de necessidade de internação, o encaminhamento deve ser feito para leitos de hospitais gerais:

“1. Crianças de até 12 anos e 11 meses, ou de acordo com o limite de idade de cada enfermaria, com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, deverão sempre ser internadas em leitos nas enfermarias pediátricas em hospitais gerais que possuam retaguarda de psiquiatria.

2. A internação de adolescentes entre 13 e 18 anos com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, deverá ocorrer em leitos de saúde mental ou psiquiátricos alocados preferencialmente em hospitais gerais.”³³ (p. 1)

A Deliberação n.º 126 de 2021³³ ainda destaca que a atenção à saúde de crianças e adolescentes não é compatível “com internações forçadas, sejam elas em Comunidades Terapêuticas, Hospitais Psiquiátricos ou Clínicas, que fujam aos princípios destacados” (p. 3-4); reforçando a orientação de não acolhimento de adolescentes em comunidades terapêuticas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), da Comissão Especializada de Promoção e Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente do Colégio Nacional dos Defensores Públicos-Gerais (CONDEGE), do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana (CONDEPE) e do Grupo Conductor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial (GCE-RAPS/SP).

Considerações finais

A “Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo” (LCA&J) nos chama a atenção para a necessidade de prevenção e assistência em Saúde Mental deste público e propõe um referencial para o percurso nos serviços de saúde e na comunidade que integre as ações coletivas e individuais. Aceitar esse desafio é dar maior importância para a garantia do direito à saúde integral de adolescentes e jovens, bem como para a redução de vulnerabilidades que os atingem.

Referências

1. Nasser MA, Takiuti AD, Sala A, Pimenta AL, Billand JSS, et al., organizadores. Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo [inter-

- net]. São Paulo: LCA&J; 2021 [acesso em 10 nov 2022]. Disponível em: <https://saudeadolescentesejovens.net.br/>
2. Ministério da Família, da Mulher e dos Direitos Humanos (BR). Estatuto da Criança e do Adolescentes - ECA. Brasília (DF); 2022.
 3. Brasil. Lei n.º 12.852. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Diário Oficial da União. 5 ago 2013.
 4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília (DF); 2010.
 5. Ministério da Saúde (BR). Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde [internet]. [acesso em 10 nov 2022]. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>
 6. Ministério da Saúde (BR). Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília (DF); 2014.
 7. Franco TB, Magalhães Junior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2 ed. São Paulo: HUCITEC; 2004.
 8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
 9. Nasser MA, Garcia SM, Souza WP. Projeto construção linha de cuidado: saúde na adolescência e juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. In: Soares Junior RJM, Moraes SDTA, organizadores. Adolescência e saúde 4: construindo saberes, unindo forças, consolidando direitos. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Instituto de Saúde; 2018. p.269-80.
 10. Nasser MA, Fioroni LN, Ayres JRCM. Atenção primária à saúde de adolescentes: vulnerabilidade e integralidade na construção do cuidado. In: Lourenço B, Queiroz LB, Silva LEV, Leal MM, organiza-

dores. Medicina de adolescentes. Barueri: Manole; 2015. p. 68-78.

11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS - Anexo I da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília (DF); 2018.
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Assistência à Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Brasília (DF); 2001. (E. Legislação de Saúde, n. 8.)
13. Ministério da Saúde (BR). Rede Brasileira de Núcleos de Prevenção de Violências e Acidentes, Promoção da Saúde e Cultura de Paz (REDEVIVAPAZ) [internet]. [acesso em 10 nov 2022]. Disponível em: <http://189.28.128.99/redevivapaz/>
14. Brasil. Lei n.º 10.216. Política nacional de saúde mental. Brasília (DF); 6 abr. 2001.
15. Ministério da Saúde (BR). A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília (DF); 2003.
16. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília (DF); 2010.
17. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Endereços dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS do Estado de São Paulo [internet]. [acesso em 19 set 2022]. Disponível em: <https://saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/areas-tecnicas-da-sessp/saude-mental-alcool-e-drogas/enderecos-dos-centros-de-atencao-psicossocial-caps-do-estado-de-sao-paulo>
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 336. Brasília, 19 fev. 2002 [internet]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
19. Ministério da Saúde (BR). Partos e abortos de meninas de 10 a 19 anos. Internações hospitalares por local de residência [internet]. Disponível em: www.datasus.gov.br

20. Abramovay M, Castro MG, Waiselfisz JJ. Juventudes na escola, sentidos e buscas: por que frequentam? Brasília (DF): Flacso – Brasil; 2015.
21. Santos RAB. Gravidez na adolescência e aspectos psicológicos. Curvelo: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. Trabalho de Conclusão de Curso.
22. Ayres JRCM, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da Integralidade na atenção primária à Saúde: recursos conceituais e instrumentos práticos para a educação permanente da equipe Adolescência e Juventude [internet]. [acesso em 10 out 2022]. Disponível em: https://fm.usp.br/cseb/conteudo/cseb_152_Caminhos%20da%20Integralidade%20-%20adolesc%C3%AAncia%20e%20juventude.pdf disponível em agosto de 2023.
23. Ministério da Saúde (BR). Indicadores de sífilis [internet]. [acesso em 10 out 2022]. Disponível em: <https://indicadorestifilis.aids.gov.br/>
24. Ministério da Saúde (BR). Indicadores de aids [internet]. [acesso em 10 out 2022]. Disponível em: <https://indicadoresaids.aids.gov.br/>
25. Secretaria de Direitos Humanos (BR). Relatório sobre violência homofóbica no Brasil. Brasília (DF); 2011.
26. Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Secretaria de Educação. Pesquisa Nacional sobre o Ambiente Educacional no Brasil 2015: as experiências de adolescentes e jovens lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em nossos ambientes educacionais. Curitiba: ABGLT; 2016.
27. Newcomb ME, Hill R, Buehler K, Ryan DT, Whitton SW, Mustanski B. High Burden of Mental Health Problems, Substance Use, Violence, and Related Psychosocial Factors in Transgender, Non-Binary, and Gender Diverse Youth and Young Adults. Arch Sex Behav [internet]. 2020; 49(2):645-659. doi: 10.1007/s10508-019-01533-9
28. Corrêa FHM, Rodrigues BB, Mendonça JC, Cruz LR. Pensamento suicida entre a população transgênero: um estudo epidemiológico. J. Bras. Psiquiatr [internet]. 2020; 69(1):13-22. doi: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000256>

29. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CE-BRID. III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira. São Paulo; 2017.
30. Monteiro CFS, Araújo TME, Martins MCC, Silva LLI. Adolescentes e o uso de drogas ilícitas: um estudo transversal. *Enferm.* 2012; 20(3):344-348.
31. Moraes DRD, Silva MBB. O que o crack tem a ver com a rua? Uma revisão narrativa com implicações políticas (2011-2017). *Physis* [internet]. 2020; 30(2): e300218. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Nf9xf5Zj6cgpt9SD6sFwSRp/?format=pdf&lang=pt>
32. Ministério da Saúde (BR). Internação hospitalar por local de residência. Homens de 10 a 29 anos [internet]. [acesso em 10 set 2022]. Disponível em: www.datasus.gov.br
33. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria do Planejamento de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo. Deliberação CIB n.º 126, 30-09-2021 [internet]. 2021 [acesso em 10 out 2022]. Disponível em: https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2021/10/E_DL-CIB-126_300921.pdf
34. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria do Planejamento de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo. Deliberação n.º 118, de 21 dez 2018.



[.pexels.com/](https://www.pexels.com/)

Parte II – Questões de Saúde Mental entre Adolescentes e Jovens

Medicalização e Patologização da Infância e Adolescência: questões contemporâneas

Marilene Proença Rebello de Souza^I, Camila Sanches Guaragna^{II}

Resumo: O capítulo aborda a extrema medicalização da infância e juventude na área da Saúde Mental e a naturalização desta prática na assistência a este público, criticando a tendência de transformar diagnósticos em transtornos e propondo alternativas a esta perspectiva biologizante.

Palavras-chave: Adolescência; Juventude; Medicalização; Saúde Mental.

Introdução - o que é medicalização?

Nos anos 2000, a temática da medicalização retorna fortemente aos meios científicos, principalmente relacionada às questões comportamentais e de Saúde Mental. Segundo o médico e sociólogo estadunidense Peter Conrad^I, a medicalização é um processo no qual problemas de diferentes ordens são apresentados como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios”, que encobrem questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas.

No contexto da individualização de questões e problemáticas que

I Marilene Proença Rebello de Souza (mprdsouz@usp.br) é Psicóloga, Mestre, Doutora, Livre-Docente em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP), atua como Professora e Bolsista do Programa de Produtividade em Pesquisa CNPq.

II Camila Sanches Guaragna (camilaguaragna@usp.br) é Psicóloga pela Universidade do Estado de São Paulo (UNESP) - campus Bauru, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP).

têm origem no campo social, nas relações de produção, nas formas de viver nos grandes centros urbanos, no imediatismo da resolução de problemas ou, ainda, nos mecanismos de competição para atingir metas, busca-se diagnosticar e, na maioria das vezes, medicar para que os sintomas de sofrimento, de desconforto e de incapacidade sejam minimizados.

A presença de drogas psicoativas dispensadas para o controle do comportamento de crianças, adolescentes e adultos tem se ampliado significativamente em vários países, principalmente no Brasil. Importantes publicações sobre o tema, explicitando o processo de medicalização nas relações sociais das sociedades, são apresentadas pelo psiquiatra Thomas Szasz²; pelo psiquiatra Leon Benasayag e pela psicopedagoga Gabriela Dueñas³ e, no Brasil, pelos trabalhos da pediatra Maria Aparecida Affonso Moysés e da pedagoga Cecília Azevedo Collares⁴; do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo e do Grupo Interinstitucional Queixa Escolar⁵, que têm destacado o avanço das explicações biologicistas para justificar desde dificuldades identificadas no processo de escolarização de crianças e adolescentes, até o estresse vivido em situações de trabalho, dentre outros aspectos.

De maneira geral, é possível afirmar que grande parte dos usuários das drogas psicoativas é a criança e o adolescente, tendo como foco principal dificuldades vividas no processo de escolarização. Vários fatores são apontados como disparadores dos encaminhamentos de estudantes para serviços médicos sob suspeita de problemas emocionais, comportamentais ou ainda cognitivos, com destaque para a dificuldade de atenção em sala de aula e o excesso de movimentação das crianças. A esses conjuntos de sintomas se denomina, de acordo com o “Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais” (DSM) de 2014⁶, em sua 5.^a edição, de “transtorno de déficit de atenção” (TDA), com ou sem “hiperatividade”.

Uma das drogas mais utilizadas para minimizar sintomas do que se considera como déficit de atenção ou hiperatividade (TDAH) é o cloridrato de metilfenidato, comercializado no Brasil sob os nomes fantasia de Ritalina (pela Novartis e Sandoz do Brasil) e Concerta (pela Janssen

- Johnson & Johnson). É importante observar, como analisam Collares e Moysés⁴, que estas medicações atuam sobre o sistema nervoso central e produzem uma série de graves efeitos orgânicos colaterais, tais como: taquicardia, redução do crescimento, dores no corpo, dor de cabeça, sonolência, dentre outros. Além disso, atuam sobre o sintoma que comparece na queixa escolar, referente a atitudes consideradas inadequadas na escola, sem trazer qualquer benefício para a efetiva compreensão das dificuldades em que vivem os (as) estudantes no seu dia a dia escolar; sejam elas no âmbito da apropriação da leitura e da escrita, sejam referentes aos comportamentos esperados para uma boa aprendizagem⁷.

Situações normais, do cotidiano das pessoas, têm sido operadas pela Medicina contemporânea como patológicas que, “ao submeter o indivíduo à bioquímica cerebral, por exemplo, torna-o somente controlável pelo uso de fármacos, reforçando a medicalização como alvo principal para o controle social”⁸ (p. 27). Esse processo de uso constante do medicamento para redução dos sintomas de dificuldades de escolarização vem produzindo o fenômeno de naturalização do uso de medicamentos para crianças e adolescentes.

Naturalização do uso de medicação: quando os remédios se tornam a primeira e única “solução”

O Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos, destaca que o fenômeno da medicalização tem maior expressão em algumas populações-chave e dentre elas estão as crianças em idade escolar e adolescentes em privação de liberdade⁹. Segundo o Comitê, tendo em vista a medicalização da sociedade, é importante que nos atentemos para a banalização e uso inadequado de medicamentos considerando a “medicamentação” enquanto uma das consequências da medicalização.

A medicalização diz respeito a uma lógica mais ampla que não se limita à utilização de psicofármacos, mas sim que desconsidera a com-

plexidade dos fenômenos humanos, naturalizando-os e reduzindo-os a aspectos individuais orgânicos ou psíquicos. A medicamentação, por sua vez, “se refere ao uso de medicamentos em situações que, anteriormente, não eram consideradas problemas médicos e, conseqüentemente, não existia um tratamento farmacológico para tal”⁹ (p. 13).

Como destacado na introdução deste capítulo, um dos principais medicamentos utilizados para minimizar os sintomas daquilo que é caracterizado como déficit de atenção ou hiperatividade é o metilfenidato. De acordo com Collares e Moysés¹⁰, 71.000 caixas de metilfenidato foram vendidas no ano 2000 e, em 2010, as vendas ultrapassaram 2 milhões de caixas. Dados mais recentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)¹¹, apresentam novo aumento progressivo do consumo, com crescimento de 27,3% na comercialização de caixas do metilfenidato no ano de 2019, em relação ao número já bastante elevado de 1,86 milhões vendidas em 2018. Ortega e colegas¹², a partir de diversos estudos, apontam que o metilfenidato, quando associado diretamente ao TDAH, torna-se o psicoestimulante de maior consumo ao se considerar a soma de todos os outros estimulantes.

Estes dados são alarmantes, tendo em vista o mecanismo de ação de psicoestimulantes no organismo e considerando tanto os efeitos a longo prazo como os efeitos colaterais que podem ocorrer. O metilfenidato age como estimulante do sistema nervoso central, aumentando a atenção e concentração e reduzindo o comportamento impulsivo e de hiperatividade em pacientes diagnosticados com TDAH^{13,14}.

Para além dos efeitos colaterais que podem ocorrer, sendo vários caracterizados como “muito comuns” e “comuns”^{13,14}, o aumento artificial da dopamina que é provocado pelo metilfenidato - tendo em vista que ele age bloqueando a sua recaptação durante as transmissões sinápticas - pode levar o cérebro a tornar-se dessensibilizado a algumas situações cotidianas que provocam prazer, dentre elas o consumo de alimentos, emoções, interações sociais e afetos^{4,10}. A pesquisa de Leonardo e Suzuki¹⁵ traz alguns relatos de professoras a esse respeito, como o fato de os alunos reclamarem que não gostam de tomar o remédio, pois perdem

o apetite, ficam com mais sono, ou ainda a percepção das professoras de que alguns alunos “ficam apáticos até demais” (p. 15).

Nesse sentido, o que temos observado nos últimos anos é a naturalização do uso de medicamentos no cotidiano das pessoas, inclusive das crianças e adolescentes, em relação aos quais se esperam comportamentos de quietude, obediência e atenção concentrada durante muitas horas de seu dia, mesmo quando estas mesmas crianças e adolescentes têm sido socializadas em uma sociedade que, muitas vezes, não possibilita o desenvolvimento destas habilidades. Conforme analisam Leite e Souza¹⁶, a atenção concentrada, por exemplo, é uma das funções psicológicas superiores que precisa ser ‘aprendida’ nas relações familiares, educacionais e sociais.

Nesse processo de aprendizagem, a escolarização e o desenvolvimento das atividades de estudo são fundamentais para a apropriação da atenção de crianças e adolescentes em seu desenvolvimento. Portanto, a partir do enfoque histórico-cultural, as dificuldades de atenção e de controle de comportamento são expressão da ausência de vivências que promovam as condições para o desenvolvimento da atenção concentrada que necessita ser produzida entre pares, na relação com as atividades didáticas, ou nos processos de ensino.

Medicalização da educação: a transformação dos problemas na escolarização em diagnósticos de transtornos

A partir do exposto, podemos compreender que uma das consequências da medicalização da vida é a patologização de fenômenos e processos que não são patológicos. Fenômenos que muitas vezes sequer são de ordem biológica e orgânica, mas, ao serem reduzidos à esfera individual, passam a ser compreendidos enquanto tal. Neste sentido, outros elementos importantes - fundamentais, de fato - para a sua constituição são desconsiderados, tais como: a estrutura desigual da sociedade em que vivemos, a qual não possibilita que todos tenham acesso de forma

justa e igualitária aos elementos da cultura e do gênero humano, limitando, portanto, suas possibilidades de desenvolvimento; a escola enquanto instituição escolar que espera de todos os alunos as mesmas habilidades, conhecimentos e ritmos, ainda que inserida nesta sociedade desigual; a valorização hierarquizada de certas habilidades e conhecimentos em detrimento de outras, como por exemplo, a valorização do intelecto em detrimento de outras habilidades humanas, da cultura dita “erudita” em detrimento da cultura “popular”; marcadores sociais de gênero, raça e classe social, dentre outros elementos sociais, políticos, econômicos e culturais que permeiam e constituem os fenômenos humanos. Essa forma de compreender os fenômenos do mundo, expressa uma concepção inatista acerca do nosso desenvolvimento, ou seja, uma concepção que reduz os processos humanos à mera maturação do organismo biológico¹⁷.

Quando nos referimos às crianças e aos adolescentes, uma das principais manifestações da medicalização diz respeito à educação e ao contexto escolar, tendo em vista as muitas exigências e expectativas em relação a como devem ser seus comportamentos e seu desempenho e, atrelado a isso, a visão inatista de desenvolvimento humano que domina o senso comum e individualiza fenômenos sociais. Neste contexto, crianças que apresentam comportamentos diferentes dos esperados na escola, como agressividade e desobediência, muitas vezes acabam sendo diagnosticadas, por exemplo, com “transtorno opositivo desafiador” (TOD) e “transtorno de déficit de atenção e hiperatividade” (TDAH) sem que os comportamentos sejam analisados de forma contextual e desconsiderando suas histórias de vida¹⁸.

Ademais, quando falamos em comportamentos de ‘desobediência’, estamos falando também de expectativas sociais acerca de como os estudantes devem se portar no ambiente escolar. Neste sentido, é importante que possamos nos atentar a dois pontos principais. Em primeiro lugar, muitas vezes, essas expectativas expressam anseios dos educadores de que as crianças e adolescentes estejam apropriados de determinados modelos de comportamento na escola que sequer foram a eles ensinados.

Lemos, Magiolino e Silva¹⁹ comentam sobre isso no estudo de caso em que apresentam um menino de três anos que, desde que entrou na creche, era tido como agressivo e desobediente. Segundo as autoras, em certos momentos as educadoras esperavam do menino comportamentos mais passivos em relação às atividades propostas, ou seja, que ele tivesse mais autocontrole de seus comportamentos, ainda que tais comportamentos não tivessem sido aprendidos por ele em seu percurso de desenvolvimento.

Cabe ressaltar que o mesmo acontece também em relação a outros processos, como a apropriação da leitura e da escrita. Há uma grande expectativa social de que a criança aprenda a ler e escrever dentro de determinado período de tempo e, quando o mesmo não ocorre e a criança apresenta dificuldades, estas são, majoritariamente, atribuídas a transtornos ou déficits inerentes ao desenvolvimento da própria criança^{20,21}.

O segundo ponto a que devemos nos atentar, quando nos referimos às expectativas de que crianças e adolescentes se comportem de determinada forma, refere-se às concepções de educação e de sociedade que impedem a aprendizagem e o desenvolvimento de comportamentos ativos, participativos e dialogados. Contrariamente a isso, são valorizados os seguintes aspectos: a obediência inquestionável às regras estabelecidas, a individualização dos processos de aprendizagem, e a utilização de modelos didáticos centrados tão somente na ação do professor.

Os estudantes que infringem esses modelos, em várias situações, passam a ser severamente punidos com ações que vão desde denúncias aos Conselhos Tutelares, até encaminhamentos aos atendimentos médicos. Neste sentido, Lemos²² defende que os comportamentos que têm sido interpretados como desviantes, como por exemplo a indisciplina de crianças em sala de aula, são manifestações de ‘resistência’ a estes padrões exigidos; as quais passam a ser classificadas como transtornos. De acordo com a autora,

“A resistência a um processo de escolarização **padronizado que nega a diferença** pode ser patologizada se for classificada como sintoma de um transtorno de oposição desafiadora

ou ainda como traço de infantilidade advindo de supostas carências de uma família qualificada como disfuncional. Poderíamos trazer outros acontecimentos em que, na sociedade atual, **a contestação de um modelo e de uma norma passa a ser classificada como transtorno e perigo.**²² (p. 486, grifos nossos)

Podemos compreender, portanto, que grande parte dos profissionais da área da Educação e da Saúde, inseridos nesta lógica de produção defendida pelo modelo capitalista, neoliberal e antidemocrático de sociedade e pautados pela concepção inatista de desenvolvimento humano, acabam por contribuir para a transformação de ‘comportamentos’ em ‘sintomas’, produzindo laudos e diagnósticos que, ao individualizar questões coletivas, desconsideram aspectos sociais, culturais, pedagógicos e políticos que constituem as ações humanas.

A patologização do comportamento de crianças e adolescentes que se apresentam como desafiadores, contestadores, irreverentes, expressa as dificuldades presentes na educação e na sociedade em escutar as necessidades, anseios e até sofrimentos vividos por esta faixa etária. Este fenômeno não é recente e vem sendo colocado em evidência no Brasil pelo menos desde a década de 1990, especialmente a partir da obra de Patto²³ acerca da explicação da produção social do fracasso escolar, em detrimento da compreensão de que este é um fenômeno individual e específico do aluno.

Patto²³, ao desvelar as nuances e contradições das relações sociais e escolares que contribuem para a produção do fracasso escolar, também desnuda as contribuições da Medicina e da Psicologia para as diferentes maneiras de explicar as dificuldades de aprendizagem, seja a partir dos testes de inteligência, das anormalidades genéticas ou dos desajustes causados pelo ambiente sociofamiliar. De uma forma ou de outra, estas explicações para as dificuldades de aprendizagem individualizam a complexidade do processo de escolarização, reduzindo-o ora à esfera do aluno, ora da família, mas em grande medida desresponsabilizando a escola, as políticas públicas educacionais e as práticas pedagógicas.

Apesar dos diversos estudos produzidos por autoras que, desde então, têm se dedicado ao campo da Psicologia Escolar e Educacional, visando compreender e explicar o fracasso e as queixas escolares a partir de uma perspectiva crítica^{4,7,24-33}, mantém-se um grande desafio no estabelecimento do diálogo com profissionais das áreas da saúde e da educação que continuam pautando sua prática em uma visão biologicista, individualizando questões relacionadas à escolarização e, em última instância, medicalizando-as³⁴.

Uma das expressões mais frequentes da medicalização da educação nos últimos anos tem sido os diagnósticos de TDAH e de “transtorno do espectro autista” (TEA) conferidos às crianças e especialmente o TOD para os adolescentes³⁵. De acordo com Tuleski, Franco e Mendonça³⁶, o diagnóstico mais frequente em diferentes municípios do Paraná que participaram do projeto “Retrato da Medicalização da Infância no Estado do Paraná”, tanto na Educação Infantil quanto no Ensino Fundamental foi o TDAH. Andrade e colegas³⁷, por sua vez, identificaram que os maiores percentuais de diagnósticos conferidos às crianças do 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental, encaminhadas com queixas escolares para dois serviços distintos de Psicologia foram justamente de TDAH e TEA: um deles é uma instituição pública localizada no interior paulista que atende, em equipe multiprofissional, as queixas escolares encaminhadas após avaliação pedagógica nas Salas de Recursos Multiprofissionais; e o outro localiza-se no interior baiano e é constituído pela equipe multiprofissional da Secretaria de Educação, que recebe os encaminhamentos de todas as escolas da rede municipal.

Em relação a estes dados, dois pontos merecem destaque. Em primeiro lugar, no que diz respeito à pesquisa realizada no Paraná, também foram coletados dados acerca das medicações ministradas para estas crianças e foi observado que o maior número de crianças que tomavam medicações concentrava-se na segunda e terceira séries do Ensino Fundamental, período no qual se espera a completa alfabetização das crianças²¹.

Como mencionado anteriormente, existe uma grande expectativa

em relação à alfabetização, de maneira que se espera que competências e habilidades sejam apresentadas pelas crianças sem que haja um processo de aprendizagem escolar que possibilite o desenvolvimento e a apropriação de conceitos que criem as condições objetivas para que esta alfabetização ocorra³⁸. Quando esta expectativa não é correspondida, abre-se espaço para a medicalização daqueles que encontram dificuldades. Em segundo lugar, é importante destacar que a pesquisa realizada por Andrade e colegas³⁷, que analisaram os encaminhamentos para o serviço de Psicologia que ocorreram após o início da pandemia da covid-19, destacou que, de forma geral, os formulários e questionários utilizados por esses serviços não consideravam as situações ocasionadas por este período, tais como o isolamento social, o afastamento escolar e as aulas remotas.

Neste sentido, é importante que possamos nos questionar: como são realizados estes inúmeros diagnósticos? Quais os seus objetivos? Que aspectos são considerados ao longo das avaliações? O próprio TDAH é um transtorno que apresenta grandes controvérsias, como bem explicitado por Moysés e Collares^{4,24}, tendo em vista tanto o seu surgimento quanto os seus critérios diagnósticos, os quais são baseados em opiniões acerca do comportamento da criança e, portanto, subjetivos, não levando em conta a idade ou mesmo o contexto em que os comportamentos ocorrem.

O “Manual de Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais” – 4ª Edição^{39,40} apresentam critérios que descrevem os comportamentos que considera serem constitutivos do Transtorno de Déficit de Atenção e da Hiperatividade. A partir destes critérios foi elaborado um questionário, denominado SNAP-IV, o qual se encontra disponível online em sites como Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA)⁴¹, com a orientação de que o mesmo pode ser preenchido pelo professor, mas apenas como ponto de partida, pois o diagnóstico somente poderá ser realizado por um médico especializado.

Esta escala apresenta um conjunto de 18 questões destinadas a avaliar os sintomas do TDAH, sendo nove para avaliar comportamentos considerados de desatenção e nove para a hiperatividade. Elas devem ser respondidas a partir da “frequência” em que o comportamento da crian-

ça e do adolescente ocorre, podendo ser classificado em quatro níveis assim mencionados: “nem um pouco”, “só um pouco”, “bastante” e “demais”. É importante destacar que não é apresentada por esta escala qualquer definição que caracterize cada um dos níveis de frequência mencionados e que classificam os comportamentos. Além disso, a escala não realiza qualquer consideração a respeito da faixa etária em que o comportamento é avaliado, tampouco do contexto no qual se realiza, seja no âmbito escolar, familiar ou social. Dessa forma, as crianças e adolescentes são considerados igualmente em seus comportamentos.

Ademais, o fato de ser uma escala opinativa por parte do professor acaba por explicitar muito mais a expectativa deste profissional em relação à criança e ao adolescente do que qualquer suposta patologia que seja a eles atribuída. Este fato pode ser explicitamente observado na pergunta número 11 da escala que avalia a hiperatividade: “Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.” Além desta, a maioria das demais questões apresenta-se a partir desta perspectiva, o que nos leva a crer que a questão da metodologia de trabalho em sala de aula torna-se fundamental para essa modalidade de avaliação diagnóstica. Sendo considerados, desta forma, os comportamentos ‘supostamente’ inadequados produzidos em contextos escolares nos quais as atividades pedagógicas parecem não contemplar a diversidade de motivações das crianças e de formas de aprendizagem que se apresentam principalmente nos primeiros anos escolares.

Outro ponto crucial é a concepção inatista de desenvolvimento humano em que se baseia esta escala na qual comportamentos, ao invés de serem compreendidos como típicos e esperados em crianças em fase de desenvolvimento, são elencados como sintomas e até critérios diagnósticos e avaliados como atitudes patológicas⁴². Esta concepção tem sido fortemente questionada por dezenas de teorias psicológicas sobre o desenvolvimento humano baseadas em perspectivas interacionistas, socio-interacionistas e histórico-culturais. Tais teorias embasaram importantes pedagogias desenvolvidas a partir do século XX que priorizam a participação ativa dos estudantes no processo de apropriação do conhecimento^{43,44}.

Ademais, a concepção inatista apresenta uma visão unilateral e limitada dos processos humanos tendo em vista que, como discutido por Vigotski⁴⁵, o desenvolvimento das funções tipicamente humanas – tais como a atenção voluntária e o controle do comportamento, duas funções entendidas como estando em déficit por quem apresenta o TDAH – não se reduz ao desenvolvimento natural do organismo. O ser humano é um ser social que se distingue qualitativamente dos demais animais e, portanto, há de se considerar, impreterivelmente, o seu desenvolvimento cultural, as suas relações sociais e as mediações que possibilitam que se aproprie dos signos da cultura, daquilo que foi produzido por outros seres humanos⁴⁶. De acordo com Leite⁴⁷, que parte das formulações de Vigotski e de outros importantes autores da Psicologia Histórico-Cultural, o desenvolvimento do psiquismo se dá por meio de ações educativas formais e informais e de situações sociais concretas, que levam à superação das funções meramente biológicas – como a atenção involuntária e o controle involuntário do comportamento – e ao desenvolvimento das funções tipicamente humanas. Nas palavras da autora:

“Embora haja um substrato orgânico nos casos de desatenção e dificuldade de controle das ações voluntárias, a chave para a reversão de tais casos não está na administração de medicamentos como frequentemente tem sido a principal escolha, mas sim na **organização e sistematização do ensino para a criança em desenvolvimento.**”⁴⁷ (p. 23, grifos nossos)

Temos, portanto, a ação pedagógica enquanto fundamental para o desenvolvimento de funções psicológicas como a atenção voluntária, a qual não se desenvolve espontaneamente devido à maturação do organismo biológico. Neste sentido, seria imprescindível que crianças e adolescentes, diagnosticados com este transtorno, fossem avaliados em relação ao desenvolvimento das funções tidas como estando em déficit, considerando “a qualidade das mediações e os signos e instrumentos culturais a que o sujeito teve acesso no percurso de seu desenvolvimento”³² (p. 115).

Cabe ressaltar que, apesar da escola apresentar papel fundamental para o desenvolvimento de tais funções, é importante também considerarmos as possibilidades de desenvolvimento da atenção no atual estágio de desenvolvimento da sociedade, considerando tanto a lógica produtivista e imediatista em que vivemos, quanto a enorme desigualdade social que impossibilita que todos os seres humanos se apropriem de forma igual àquilo que foi produzido pelo gênero humano em sua história^{32,48}.

Neste sentido, destacamos que, ao discutir acerca desta temática, não estamos questionando a existência de crianças que possuem dificuldades na escolarização, sejam elas dificuldades na aprendizagem, dificuldade para manter a atenção ou para controlar seus comportamentos. Também não estamos negando que, enquanto seres humanos, somos também constituídos por aspectos biológicos, genéticos etc. Pelo contrário, reconhecemos ambas as situações, as quais são fatos inegáveis.

O que estamos questionando é a compreensão que muitos profissionais expressam acerca de tais problemas, as perspectivas teóricas que têm sustentado as avaliações e os diagnósticos, que têm reduzido estes problemas na escolarização a aspectos individuais da criança ou de sua família. Quando estes problemas são compreendidos como sendo dificuldades da criança, outros aspectos extremamente importantes para a compreensão destas dificuldades são invisibilizados e as soluções propostas acabam, também, centrando-se apenas na criança e na família. Desta forma, ao deixar de fora outros componentes do problema, os quais no geral são fundamentais para uma verdadeira compreensão acerca das dificuldades que a criança enfrenta, uma das principais estratégias que vem sendo utilizada erroneamente é o medicamento, pois ele funciona como uma forma de conter os comportamentos inadequados da criança, produzindo uma falsa sensação de que os problemas foram solucionados. Atuam, assim, como uma “palmatória química”⁴⁹. Neste sentido, fica uma importante reflexão: por que medicalizar? Por que medicar?

Ações de enfrentamento à medicalização

Até o momento temos nos debruçado a explicitar, ainda que de forma breve, o processo de medicalização e patologização da educação, especialmente por meio da produção de diagnósticos em crianças dos primeiros anos do Ensino Fundamental, como o TDAH, e em adolescentes, presente nos diagnósticos de TOD. Demonstramos, por um lado, que há uma certa concepção de desenvolvimento humano que embasa tal lógica de produção em massa de diagnósticos e de prescrição medicamentosa e que, por outro lado, há uma concepção que se contrapõe a ela. Concepção esta que compreende o desenvolvimento humano a partir de outra perspectiva, mais ampla e dialética, que busca considerar as múltiplas determinações que compõem os fenômenos sociais e humanos. Neste sentido, consideramos relevante não apenas denunciar o fenômeno da medicalização da Educação, mas também propor ações que sejam contrárias a ele – ações de “enfrentamento à medicalização”.

Inicialmente, ressaltamos a importância de uma ‘formação ampla e crítica aos profissionais da Educação’ – educadores, gestores, funcionários da equipe escolar, psicólogos escolares, profissionais de serviço social, dentre outros que trabalhem na e com a escola. Colocar esta questão em evidência é de extrema importância para que estes profissionais não sejam culpabilizados por todos os problemas que ocorrem na escola, pois, para além da necessidade de uma melhor formação, faz-se também urgente a necessidade de que tais profissionais tenham melhores condições de trabalho, como salários adequados à sua carga horária e uma quantidade de horas suficiente para que possam pensar e organizar seu trabalho pedagógico, recebendo uma formação que propicie a crítica e a compreensão das dimensões sociais, culturais e políticas que constituem a prática docente.

Ademais, ao longo do texto ressaltamos alguns aspectos que contribuem para ações medicalizantes, tais como as expectativas não realizadas relacionadas aos comportamentos e desempenho das crianças, bem como a busca pela padronização dos ritmos e formas de aprendizagem.

Tendo isso em vista, ações que se contrapõem a esta forma hegemônica e medicalizante de pensar e desempenhar a educação são aquelas que buscam abranger a pluralidade de formas de ser criança e de aprender, compreendendo que não é somente dentro de sala de aula e sentado em carteiras enfileiradas que se aprende.

De acordo com Tiriba⁵⁰, vivemos em uma sociedade que há muitos anos fragmenta e divorcia o ser humano da natureza, compreendendo-a enquanto coadjuvante na constituição da humanidade. Especialmente no mundo ocidental, há uma valorização e legitimação dos discursos da ciência e da tecnologia, embasadas na racionalidade, em detrimento de outras formas de conhecimento, sustentando assim uma ‘supervalorização do intelecto’, tanto em relação à natureza quanto em relação a outras formas de conhecimento e atividades humanas. A escola, enquanto instituição inserida nesta lógica, privilegia a razão e o intelecto em detrimento de outras dimensões humanas como, por exemplo, sensações físicas, emoções e criações artísticas, ensinando às crianças que somos seres apartados da natureza.

Destacamos, portanto, a importância de que as ações educativas ocorram nos mais variados espaços e não somente dentro de salas de aula, “ampliando a utilização de áreas verdes e do contato com a natureza”⁵¹. Ademais, é importante que estes espaços sejam utilizados também para atividades que busquem desenvolver outras dimensões humanas e não somente o intelecto e a racionalidade, tendo em vista que uma educação crítica e comprometida eticamente deve buscar **desenvolver o ser humano de forma integral** e não apenas para atuar em um mercado de trabalho tecnicista que prevê indivíduos adaptados e conformados com um modelo de sociedade desigual.

Assim, é importante haver também a **ampliação dos espaços e momentos do brincar**, atividade que no geral acaba sendo destinada apenas ao recreio ou ao momento do parque, mas que é fundamental para o desenvolvimento da criança em diversos aspectos, não apenas quando há alguma **intencionalidade educativa que a embasa, mas também quando se permite que as crianças brinquem de forma livre, espontânea e criativa**.

Ressaltamos a importância de garantir a participação e o protagonismo das crianças e dos adolescentes, os quais devem ter voz e ser ouvidos em relação às suas vontades, aos seus desejos, anseios e angústias. Deve-se considerar o que pensam sobre sua própria educação e sobre aquilo que compreendem ser importante para sua formação. Existem diversas formas de garantir esta participação ativa das crianças e adolescentes e uma delas é através dos Grêmios Estudantis^{52,53}.

Por fim, cabe salientar que devemos defender a elaboração e implementação de políticas públicas educacionais que visem garantir uma educação verdadeiramente democrática, composta por profissionais que, formados por uma base crítica, compreendam que a medicação não substitui o processo de aprendizagem e que este, por sua vez, ocorre em mediação do(a) educador(a) com a criança e o adolescente. Devemos, portanto, defender os direitos das crianças e adolescentes a frequentarem uma escola de qualidade, que os beneficie verdadeiramente e, conseqüentemente, beneficiando a sociedade. Acima de tudo, devemos nos questionar: que sociedade, infância e adolescência vamos lutar para construir? Lembrando de questionar as crianças e adolescentes também sobre isso, para que possamos compreendê-los cada vez melhor, conhecendo aquilo que entendem ser importante para seu desenvolvimento.

Referências

1. Conrad P. *The medicalization of society: on the transformation of human condition into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.
2. Szasz T. *The medicalization of everyday life: Selected essays*. New York: Syracuse University Press; 2007.
3. Benasayag L, Dueñas G, editores. *Invención de enfermedades. Traiciones a la salud y la educación. La medicalización de la vida contemporánea*. Argentina: Noveduc; 2011.
4. Moysés MAA, Collares CAL. O lado escuro da dislexia e do TDAH. In: Facci MGD, Meira MEM, Tuleski SC, organizadores. *A exclusão dos incluídos: uma crítica da Psicologia da Educação à patologiza-*

ção e medicalização dos processos educativos. Maringá: Eduem; 2011. p. 133-196.

5. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo – CRPSP. Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais à doença de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
6. Associação Americana de Psiquiatria - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM. 5. ed. Porto Alegre: Art-med; 2014.
7. Barros RCB, Masini L, organizadores. Sociedade e Medicalização. Campinas: Pontes Editora; 2015.
8. Silva MJ, Casetto SJ, Henz AO. O uso do cloridrato de metilfenidato em unidade infantil da rede pública de Santos: remediando a desmedida? [dissertação] [internet]. Santos: Universidade Federal de São Paulo; 2014 [acesso em 20 set 2022]. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/47290>
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias [internet]. 2019 [acesso em 20 out 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/uso-racional-de-medicamentos/publicacoes/errata-livro-uso-de-medicamentos-e-medicalizacao-da-vida.pdf/view>
10. Moysés MAA, Collares CAL. Controle e medicalização da infância. Desidades. 2013; 1 (1).
11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados – SNGPC. Dicionário de dados – painéis gerenciais de dados públicos de medicamentos industrializados [internet]. 2020 [acesso em 16 set 2022]. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiM-jU0ZmY3YTktMzMwNy00MDRkLTk4MGItMWFjYzY0MzZjMwND-MwIiwidCI6ImI2N2FmMjNmLWMzZjMtNGQzNS04MGM3LWI3MDg1ZjVIZGQ4MSJ9>

12. Ortega F, Barros D, Caliman L, Itaborahv C, Junqueira L, et al. A Ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. *Interface comun. saúde educ* [internet]. 2010; 14(34): 499-510. DOI 10.1590/S1414-32832010005000003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/qWBjS8FvKTpkKFgQxtnnnxx/?lang=pt>
13. Novartis. Bula Paciente Ritalina [internet]. 2022 [acesso em 19 out 2022]. Disponível em: <https://portal.novartis.com.br/medicamentos/wp-content/uploads/2021/10/Bula-RITALINA-Comprimido-Paciente.pdf>
14. Janssen. Bula Paciente Concerta [internet]. 2023 [acesso em 15 set 2022]. Disponível em: https://www.janssen.com/brasil/sites/www_janssen_com_brazil/files/prod_files/live/concerta_pub_vp.pdf
15. Leonardo NST, Suzuki MA. Medicalização dos problemas de comportamento na escola: perspectivas de professores. *Fractal: Rev. Psicol* [internet]. 2016;28(1):46-54. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922016000100046&script=sci_abstract&tlng=pt
16. Leite HA, Souza MPR. A importância das ações educativas para o bom desenvolvimento da atenção: aspectos da neuropsicologia luriana. In: Leonardo NST, Leal Z, FRG, Franco AF, organizadores. *Medicalização da educação e Psicologia Histórico-Cultural: em defesa da emancipação humana*. Maringá: EDUEM. 2017; 1:273.
17. Beatón GA. *Evaluación y diagnóstico en educación y desarrollo desde el enfoque histórico-cultural*. São Paulo: LMCC; 2001.
18. Moysés MAA, Collares CAL. Novos modos de vigiar, novos modos de punir. A patologização da vida. *Educação, sociedade culturas* [internet]. 2020; 57:31-44, 2020. Disponível em: <https://www.fpce.up.pt/ciie/?q=publication/revista-educa%C3%A7%C3%A3o-sociedade-culturas/edition/educa%C3%A7%C3%A3o-sociedade-culturas-57>
19. Lemos ASC, Magiolino LLS, Silva DNH. Desenvolvimento e personalidade: o papel do meio na primeira infância. *Educação Realidade* [internet]. 2022; 47:e116926. DOI 10.1590/2175-6236116926vs01. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edreal/a/nvw7HH3yLHxtLgDgJtvfY7K/#>

20. Silva, MAS, Tuleski SC. Dificuldades de aprendizagem em cena: o que o cinema e a psicologia histórico-cultural têm a dizer sobre a dislexia. *Interfaces da Educação* [internet]. 2014 [acesso em 10 out 2022]; 5(14):177-199. Disponível em: <https://periodicosonline.uems.br/index.php/interfaces/article/view/466>
21. Tuleski SC, Franco AF, Mendonça FW, Ferracioli MU, Eidt NM. Tem remédio para a Educação? considerações da Psicologia Histórico-Cultural. *Práxis Educacional* [internet]. 2019 [acesso em 10 jun 2022]; 15:154-177. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/5863>
22. Lemos FCS. A medicalização da educação e da resistência no presente: disciplina, biopolítica e segurança. *Psicologia Escolar e Educacional* [internet]. 2014 18(3):485-492. DOI 10.1590/2175-3539/2014/0183772. [Internet]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/HtkkcpC7d5LZZmjKb6xSMZx/abstract/?lang=pt>
23. Patto MHS. A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia [internet]. 2022. DOI: 10.11606/9786587596334. Disponível em: <https://www.livrosabertos.sibi.usp.br/portaldelivrosUSP/search?query=PATTO>
24. Moysés MAA, Collares CAL. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. In: *Cadernos CEDES. O sucesso escolar: um desafio pedagógico*. Campinas: Papyrus; 1992. p. 31-47. v. 28.
25. Collares, CAL, Moysés MAA. *Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização*. São Paulo: Cortez; 1996.
26. Machado AM. *Reinventando a avaliação psicológica* [tese] [internet]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 1996. DOI 10.11606/T.47.1996.tde-26112013-110134. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-26112013-110134/pt-br.php>
27. Souza MPR. *A queixa escolar e a formação do psicólogo* [tese] [internet]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 1996. DOI 10.11606/T.47.2017.tde-12052017-150732. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-12052017-150732/pt-br.php>

28. Luengo FC. A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância [internet]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica; 2010.
29. Braga SG. De medicações a mediações: avaliação-intervenção psicológica de queixas escolares em casos de diagnóstico de TDAH [tese] [internet]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2017. DOI 10.11606/T.47.2017.tde-10112017-094720. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-10112017-094720/pt-br.php>
30. Braga SG. Dislexia: a produção do diagnóstico e seus efeitos na escolarização [dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2011. DOI 10.11606/D.47.2011.tde-07112011-120816. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-07112011-120816/pt-br.php>
31. Mendonza ANT. Escolarização em diagnóstico: crianças em concreto [dissertação] [internet]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2014. DOI 10.11606/D.47.2014.tde-12112014-114038. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-12112014-114038/pt-br.php>
32. Leite HA, Tuleski SC. Psicologia Histórico-Cultural e desenvolvimento da atenção voluntária: novo entendimento para o TDAH. *Psicologia Escolar e Educacional* [internet]. 2011;15(1):111-119. DOI 10.1590/S1413-85572011000100012. [Internet]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/tgRyMKJ8tLyDSL5HKzNNLjf/abstract/?lang=pt#>
33. Scarin ACCF, Souza MPR. Linha do Tempo dos Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtorno Mental: mapeando os diagnósticos referentes às dificuldades de aprendizagem (1953-2013). In: Lemos FCS, organizadores. *Clínica Política, Arte e Cultura: subjetividades e a produção dos fascismos no contemporâneo*. Curitiba: CRV Editora; 2019;8, p. 227-238.
34. Guaragna CS, Asbahr FSF. Queixas escolares e outros fenômenos das escolas a partir da Psicologia Histórico-Cultural: um estudo de metapesquisa. *Teoria e Prática da Educação* [internet]. 2022; 25(1):118-134. DOI 10.4025/tpe.v25i1.61560. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/TeorPratEduc/article/view/61560>

35. Meira MEM. Para uma crítica da medicalização na educação. *Psicol. Esc. Educ* [internet]. 2012 [acesso em 10 out 2022];16(1):136-142. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572012000100014&lng=en&nrm=iso
36. Tuleski SC, Franco AF, Mendonça AF, Mendonça FW. Orientações para pais e professores sobre a medicalização da infância: desenvolver para não medicar. Paranavaí: EduFatecie, 2021 [internet]. Disponível em: <https://editora.unifatecie.edu.br/index.php/edufatecie/catalog/book/45>
37. Andrade ASE, Novaes DSC, Silva FE, Matos VG. A medicalização do fracasso escolar nos anos iniciais do ensino fundamental no período pós-isolamento social [internet]. 2022 [acesso em 10 out 2022]. Disponível em: <https://orientacaoaqueixaescolar.ip.usp.br/wp-content/uploads/sites/462/2023/05/A-MEDICALIZACAO-DO-FRACASSO-ESCOLAR-NOS-ANOS-INICIAIS-DO-ENSINO-FUNDAMENTAL-NO-PERODO-POS-ISOLAMENTO-SOCIAL.docx.pdf>
38. Smolka ALB. Relações de ensino e desenvolvimento humano: reflexões sobre as (trans)formações na atividade de (ensinar a) ler e escrever. *Revista Brasileira de Alfabetização* [internet]. 2020; 1(9). DOI: <https://doi.org/10.47249/rba2019314>. [Internet]. Disponível em: <https://revistaabalf.com.br/index.html/index.php/rabalf/article/view/314>
39. Associação Americana de Psiquiatria - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
40. Associação Americana de Psiquiatria - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.
41. Associação Brasileira do Déficit de Atenção - ABDA. Diagnóstico-Crianças [internet]. 2017 [acesso em 10 jun 2023]. Disponível em: <https://tdah.org.br/diagnostico-criancas/>
42. Aita EB, Facci MGD. Transtorno e déficit de atenção e hiperatividade e o processo de biologização e medicalização das queixas escolares. *Eureka*. 2018; 15:121-135.

43. Coll C, Marchesi A, Palacios J. Desenvolvimento psicológico e educação. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
44. Vygotsky LS. Psicologia infantil. Madrid: Visor; 1996.
45. Vigotski LS. O problema do desenvolvimento das funções psicológicas superiores [internet]. Moscou: Pedagogia; 1983 [acesso em 10 jul 2023]. Disponível em: <https://medium.com/katharsis/vigotski-funcao-psiquica-superior-psicologia-historico-cultural-7a20520d4215>
46. Martins LM. O desenvolvimento do psiquismo e a educação escolar: contribuições à luz da Psicologia Histórico-cultural e da Pedagogia Histórico-crítica. Interface comun. saúde educ [internet]. 2012 [acesso em 10 fev 2023]; 16(40):283-283. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/30414>
47. Leite HA. A atenção na constituição do desenvolvimento humano: contribuições da Psicologia Histórico-Cultural [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2015. DOI 10.11606/T.47.2015.tde-03062015-120929. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-03062015-120929/pt-br.php>
48. Eidt NM, Tuleski SC. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e psicologia histórico-cultural. Caderno de Pesquisa [internet]. 2010; 40(139):121-146. DOI 10.1590/S0100-15742010000100007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742010000100007&script=sci_abstract&tlng=pt
49. Colombani F. Medicalização escolar e o processo normatizador na infância: a era da palmatória química. São Carlos: De Castro; 2023. v. 1.
50. Tiriba L. Crianças, Natureza e Educação Infantil [tese]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2005.
51. Barros MIA, organizador. Desemparedamento da infância: a escola como lugar de encontro com a natureza. 2 ed. Rio de Janeiro: Alana; 2018.
52. Asbahr FSF. Grêmios estudantis: de projeto de extensão universitária a defesa da gestão democrática na escola. Bauru: Mireveja; 2022. v.1.

53. Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT. Fórum de Entidades Nacionais da Psicologia Brasileira - FENPB. Violência e preconceitos na escola: contribuições da Psicologia [internet]. Brasília; 2018 [acesso em 10 nov 2022]. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/07/violencia-e-preconceitos-na-escola.pdf>

Por uma Saúde Mental Antirracista – o problema do racismo estrutural e violências institucionais nos processos de cuidado da adolescência

Emiliano de Camargo David^I

Resumo: Este artigo apresenta trechos de uma pesquisa de mestrado que buscou analisar e discutir a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil perante o racismo. Por meio da perspectiva institucional de análise, consideramos o racismo como uma instituição que produz e reproduz relações sociais visando dominação e gerando humilhação. Perante esse reconhecimento resgatamos o conceito de Racismo Institucional e apresentamos um caso, trazido pelas trabalhadoras do serviço de saúde mental infantojuvenil, com destaque para os modos de compreensão e cuidado na relação do sofrimento psíquico e racismo na adolescência.

Palavras-chave: Racismo; Saúde mental; Adolescência.

Introdução

Este artigo^{II} discute as relações entre racismo e um equipamento da Rede de Atenção Psicossocial, mais especificamente um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil (CAPS-II), procurando compreender o racismo institucional enquanto fenômeno presente nas instituições brasileiras de modo geral. Modalidade de racismo que pode intervir nas

I Emiliano de Camargo David (emilianocamargodavid@yahoo.com.br) é Psicólogo, Mestre e Doutor em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Integrante do AMMA Psique e Negritude; do Grupo de Trabalho Racismo e Saúde, da ABRASCO.

II Provém de trechos de uma pesquisa de mestrado, intitulada: “Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil”. Defendida na PUC-SP no ano de 2018. Posteriormente publicado, na íntegra, no formato livro, intitulado: “Aquilombamento da Saúde Mental: Cuidado Antirracista na Atenção Psicossocial Infantojuvenil (HUCITEC, 2023).

subjetividades e, por vezes, culminar em demandas de cuidado em Saúde, incluindo Saúde Mental; às quais, fundamentalmente, necessitam de estratégias de cuidado em âmbito libertário, aportados na ética antimanicomial.

O texto se organiza em dois trechos: no primeiro, iremos brevemente conceitualizar o “racismo institucional”, tomando este conceito como uma questão que permanece fazendo sentido para as discussões em Saúde e Saúde Mental na contemporaneidade; no segundo trecho, discorreremos sobre entrevistas feitas com trabalhadoras(es) de um CAPS-IJ^{III}, trazendo aspectos da necessidade de um cuidado antirracista em Saúde Mental, após experiências de racismo institucional no ambiente escolar vividas por uma adolescente, a partir de um diálogo epistemológico com as produções de três campos: Saúde Mental, subjetividades e relações raciais.

Racismo institucional: uma questão histórica e contemporânea

“Nesses debates que apontam legitimar (ou deslegitimar) a existência do racismo e a pertinência da raça como conceito analítico a respeito da realidade brasileira, pouco lugar têm as reflexões sobre os mecanismos do racismo nas instituições”² (p. 122).

O “racismo institucional”, aqui tomado como “o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas devido a sua cor, cultura, origem racial ou étnica”³ (p. 2), não é um conceito novo; há discussões sobre sua ocorrência desde 1960.

Em 1960, o racismo institucional estava “vinculado a contextos pós-coloniais de empoderamento e (re)definição de sujeitos políticos negros em âmbito transnacional”² (p. 127). Nessa tônica de criação e implementação de políticas de reparação racial nos Estados Unidos, em 1967, o

III O projeto de pesquisa foi submetido aos Comitês de Ética da PUC-SP e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e aprovado sob o no CAE 6168416.9.0000.5482 e Parecer no 1.854.944.

Partido dos Panteras Negras protagonizou a luta pelos direitos civis de negros(as) norte-americanos(as) com a promoção de políticas de igualdade racial. Para isso, este conceito foi largamente utilizado, com a publicação precursora no livro “Poder Negro”⁴, que denuncia a capacidade intencional do racismo de privilegiar determinadas “raças” em detrimento de outras, mantendo a subalternização de negros em relação a brancos. O livro não apenas demonstra este panorama político e estrutural, como oferece estratégias para promover o poder negro.

López² afirma que, na Inglaterra, o conceito de racismo institucional vinha sendo utilizado, a partir de 1980, como um utensílio fundamental para a criação e implementação de políticas públicas, em especial no âmbito judiciário, após reivindicações feitas pela comunidade negra local, que percebia o aumento de práticas racistas concomitante à crise econômica e política existente na época. Dez anos depois, a Inglaterra deparava-se com a criação da *Comission for Racial Equality* (CRE) (Comissão para Igualdade Racial do Reino Unido), que fomentava discussões públicas sobre a temática e sua interface com o Sistema Judiciário, em 1993, focando as mortes de jovens negros no país².

No Brasil, segundo López²,

“A partir de 1990 e, mais especificamente, no começo dos anos 2000, o movimento negro dissemina o debate, no governo brasileiro, para a efetivação dos compromissos pela promoção de igualdade racial no país, assumidos transnacionalmente na Conferência Mundial contra o Racismo de 2001 (...). A mobilização, então realizada, ampliou o debate público sobre a questão racial e sobre como o poder público poderia desenvolver atividades efetivas de desconstrução do racismo, ao mesmo tempo em que propiciou contato e conhecimento mais amplos com experiências que estavam sendo desenvolvidas em outros países^{IV}” (p. 128)

IV “Dentro dessa cartografia pode ser considerado o “Programa de Combate ao Racismo Institucional” (PCRI), implementado no Brasil em 2005, por meio de uma parceria que contou com: a SEPPIR, o Ministério Público Federal, o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Departamento Britânico para o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza (DFID); esta última como agência responsável pela administração dos recursos alocados para o programa. O PCRI, no Brasil, tem como foco principal a saúde”² (p. 128).

Sabe-se que “o racismo é uma programação social e ideológica a qual todos estão submetidos”⁵ (p. 62), todavia, o racismo institucional se dá diferentemente do racismo interpessoal. Na esfera interpessoal, “o racismo manifesta-se em atos de violência de indivíduos brancos que causam mortes, danos, feridas, destruição de propriedades, insultos contra indivíduos negros”² (p. 127). Em contrapartida, no âmbito do racismo institucional,

“Aparece menos identificável em relação aos indivíduos específicos que cometem esses atos, mas não por isso menos destrutivos de vidas humanas. Origina-se no funcionamento das forças consagradas da sociedade e recebe condenação pública muito menor do que a primeira forma. Se dá por meio da reprodução de políticas institucionalmente racistas, sendo muito difícil de se culpar certos indivíduos como responsáveis. **Porém, são os próprios indivíduos que reproduzem essas políticas. Inclusive, as estruturas de poder branco absorvem, em muitos casos, indivíduos negros nos mecanismos de reprodução do racismo**”² (p. 127, grifo nosso)

O reconhecimento do racismo institucional levou o Ministério da Saúde, o Ministério Público Federal, a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, a Organização Pan-Americana de Saúde e o Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional a criarem, no ano de 2001, o “Programa de Combate ao Racismo Institucional”, sob a supervisão da Agência Brasileira de Cooperação. Este programa visava colaborar para a criação e a implementação de políticas que reduzissem a pobreza, por meio do combate ao racismo institucional, considerando que o racismo gera desigualdades determinantes para a ratificação da pobreza³.

A implementação desse programa permitiu concluir que “é preciso tornar o racismo visível, para que as instituições possam combatê-lo

quando se manifesta nas atitudes e práticas de seus funcionários, nas suas ações finalísticas”³ (p. 121). Trazer as práticas institucionais racistas para a esfera, manifesta e permite a criação de ações preventivas, que podem colaborar para a mudança das culturas institucionais.

“O combate e a prevenção ao racismo institucional pedem medidas não apenas de caráter normativo, proibitivo, mas ações eficazes que permitam, ao mesmo tempo, perceber e internalizar a compreensão do sofrimento causado pelo preconceito racial e a exclusão social resultante da discriminação racial. Isto extrapola o plano individual, tanto para o discriminador, quanto para o discriminado: envolve a forma como as instituições operam com o estado de invisibilidade e visibilidade do pertencimento racial dos indivíduos e a rapidez com que a racialidade destes se conecta ou se desconecta dos corpos/discursos, por vezes enganando, confundindo a materialização dos efeitos psicossociais do racismo, mesmo numa sociedade em que a inscrição fenotípica é bastante valorizada”^{2,3} (p. 122)

Constatar que o racismo (em suas distintas dimensões: interpessoal; institucional; estrutural; ambiental) é produtor de humilhação e, mais especificamente, de humilhação social⁶ e, que essa(s) vivências(s) humilhante(s) faz(em) sofrer, podendo gerar sofrimento psíquico com efeitos psicossociais – próximo subitem deste texto em que o combate ao racismo será problematizado como uma questão antimanicomial, permitindo diversos raciocínios de cuidado em Saúde e Saúde Mental, com distintas formas de manejo clínico.

Atenção psicossocial antirracista e antimanicomial: o cuidado de crianças e adolescentes negros

“Uma criança [ou adolescente] negra, normal,^V tendo crescido no seio de uma família normal, ficará anormal ao menor contato com o mundo branco.”⁷ (p. 128)

O caso selecionado, permite evidenciar como “a discriminação racial compõe uma vivência difícil de ser apagada ou diluída, e com efeitos ainda mais devastadores quando atingem crianças e adolescentes”⁸ (p. 96). A seguir, é apresentado como uma profissional, que ocupa a função de apoio^{VI}, conta sobre a chegada de usuária que chamaremos de “Mariene”:

“Vou comentar sobre a Mariene. Inclusive, eu sou referência dela.

A Mariene chegou aqui bastante transtornada. Ela falou para mim que o cabelo dela não crescia, estava muito pequeno na cabeça, ela tinha que usar cabelo artificial; que **chegava na escola e os alunos falavam que ela tinha “cabelos mortos” na cabeça. Então, ela carregava gente morta na cabeça.**

E isso desde quando ela estava na 6ª série. Então, ela foi crescendo, foi crescendo, crescendo, crescendo.

E já é uma mocinha hoje de 14 anos. Então, o que acontece? Aquele negócio de cabelos mortos na cabeça, que a mãe dela só podia comprar um Kanecalon [aplique de cabelo] mais em conta, ela queria talvez um cabelo mais verdadeiro. Mas, tinha um Kanecalon mais parecido com plásticos, bem artificial. A mãe dela não podia comprar aquele cabelo. **E os alunos, um soltou e os outros continuaram chamando-a assim.**

E ela passou de uma sala para a outra, de uma escola para outra,

V “Queremos crer que não nos farão um processo por causa desta última frase. Os cétricos perguntarão: ‘O que é que você chama de normal?’ No momento não é nossa intenção responder essa pergunta. Para satisfazer os mais apressados, citemos o trabalho muito instrutivo, ainda que voltado unicamente para o problema biológico, de G. Canguilhem, “Le normal et le pathologique”. Acrescentemos apenas que, no domínio mental, é anormal aquele que pede, chama, implora”⁷ (p.128).

VI O profissional que ocupa a função de apoio é um profissional de nível médio, que compõe as equipes dos CAPS II e III, nas doze horas diurnas e/ou no período de acolhimento noturno⁹ (p.18).

carregando esse negócio de cabelo morto na cabeça. Aí foi muito triste para mim ouvir isso, que além de negra, ela carregava cabelo de morto na cabeça.

Então, ela se tornou bastante ríspida com outros alunos porque ela queria se defender nessa questão. Então, ela virou uma menina má: que batia, dava soco. Mas, a mente dela virou... ficou naquilo, naquela ruindade. A mente ficou focada naquilo. Não virou uma Mariene boa, virou uma Mariene “ruim”. Uma Mariene tão ruim, que ela pirou, ela pirou. Tanto que ela achava que era essa pessoa má mesmo, que ninguém amava ela, que ninguém queria ela, que ninguém queria saber dela... E nem o cabelo crescia.

Então, até hoje, com 14 anos, ela tem esse negócio dentro dela, que machucava muito ela, por ela não ter cabelo. E ainda de ser negra, ainda por cima, não ter cabelo na cabeça. Isso machuca muito ela. Então, ela se tornou uma pessoa ruim.

Entrou tanto nessa paranoia de ser outra pessoa para poder se defender que ela ficou doente. Ela adoeceu. Ela adoeceu tanto que não queria escovar o dente e nem sair de dentro de casa, nem tomar banho. Ela não queria saber de nada.

Ela ajudava a mãe dela a vender chocolate e fazer o troco direitinho. Depois passou a nem saber o que era chocolate e nem querer comer. Ela não comia, ela passou a ter desgosto total.

No momento, ela estava sendo ruim, que era a defesa dela. Então, a Mariene foi uma coisa assim, um sofrimento bastante, muito grande assim, que ela adoeceu de verdade.

Chegou aqui, ficou na hospitalidade diurna, sem querer tomar banho, sem querer comer, sem querer conversar, querendo só colo da mãe. [Depois], reverteu as coisas, voltou a ser criança. Ela queria sentar-se no colo da mãe e queria até chupar dedo.

E isso estava ficando muito sufocante para mim. O que eu vou fazer com uma menina... uma mocinha já de 14 anos, que quer voltar a ser criança novamente? E isso foi um sofrimento para mim muito

grande, muito grande. A higiene era nenhuma (...). Os cabelos que ela tinha, ela não gostava que mexesse, ela não gostava nem que eu mexesse. Que nem tirasse e nem que limpasse. Ela estava bastante revoltada, assim. Revoltada, revoltada”.

A gente falava as coisas, ela nem aí para nada, só queria ir para casa se prender no quarto. (Profissional de Apoio, autodeclarada^{VII} parda^{VIII} – realces nossos)

Ainda, segundo o relato da mesma profissional, Mariene chegou no CAPS-IJ narrando objetivamente sua dor, deixando evidente para a equipe que sofria racismo no ambiente escolar; que havia sido transferida de unidades escolares e retirada de salas de aula devido a suas reações aos ataques racistas. A menina também apresentou os recursos que encontrou para lidar com essa violência e descreveu qual parte de seu corpo era diretamente atacada: seu cabelo. Segundo Gomes:

“O cabelo e o corpo são pensados pela cultura. Nesse sentido, o cabelo crespo e o corpo negro podem ser considerados expressões e suportes simbólicos da identidade negra no Brasil. Juntos, eles possibilitam a construção social, cultural, política e ideológica de uma expressão criada no seio da comunidade negra: a beleza negra. Por isso não podem ser considerados simplesmente como dados biológicos.”¹⁰ (p. 2)

Gomes¹⁰ afirma ainda que “o cabelo do negro na sociedade brasileira expressa o conflito racial vivido por negros e brancos em nosso país. É um conflito coletivo do qual todos participamos” (p. 3). Mariene grita esse conflito, recusa sem passividade a humilhação sofrida, “revoltando-se” e “transtornando-se” (nas palavras da profissional) perante o racismo. Complementa Gomes:

“O cabelo do negro, visto como “ruim”, é expressão do racismo e da desigualdade racial que recai sobre esse sujeito. Ver

VII A decisão de marcar a posição racial do(a) profissional pretende evidenciar a dimensão das relações raciais no serviço, conforme discutido ao longo deste subitem.

VIII A junção das pessoas que se autodeclararam da cor preto ou pardo compõe aqueles(as) que se identificam racialmente como negros(as).

o cabelo do negro como “ruim” e do branco como “bom” expressa um conflito. Por isso, mudar o cabelo pode significar a tentativa do negro de sair do lugar da inferioridade ou a introjeção deste. Pode ainda representar um sentimento de autonomia, expresso nas formas ousadas e criativas de usar o cabelo.”¹⁰ (p. 3)

Mariene precisou de um cuidado intensivo em Saúde Mental, na forma da hospitalidade diurna^{IX}, para reelaborar sua negritude e a maneira de lidar com o racismo, pois as “ameaças aterradoras [do racismo] provocam perturbações cotidianas no(a) negro(a)”¹³ (p. 220).

A profissional considerou esse cuidado uma “batalha” e afirmou que a direção do tratamento era “levantar a autoestima” da adolescente. Contudo, “como curar-se do sentimento de sentir-se feio, do sentimento de só conseguir aderir a ideais de outro que me oprimem, esses ideais de embranquecimento?”¹⁴ (p. 142).

“Eu e a G. [outra profissional de referência], tivemos uma batalha aí muito grande.

Hoje em dia, ela [Mariene] está bem melhor, mas ainda carrega essa revolta dentro dela, dela ser negra, de tanto as pessoas criticarem ela, porque na época ela era muito magrinha, muito magricela, recebia vários apelidos. Apelidos assim, de negra de macumba, alguma coisa assim. Ela ficou muito lá embaixo, muito lá embaixo...

Hoje em dia, que a gente tentou levantar a autoestima dela, conversar direito com ela, ela voltou a comer. E está diferente agora. Agora, sim, a gente consegue trabalhar melhor com ela, porque antes não dava para trabalhar com ela porque ela não permitia a entrada da gente. Tudo morreu ali, o cabelo de gente morta morreu ali por ela

IX “Algumas das ações dos CAPS são realizadas em coletivo, em grupos, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias e podem acontecer no espaço do CAPS e/ou nos territórios, nos contextos reais de vida das pessoas. De acordo com a Portaria no 854, de 22 de agosto de 2012 do Ministério da Saúde¹¹, poderão compor, de diferentes formas, os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), de acordo com as necessidades de usuários e de familiares, (...) algumas estratégias, [como o] acolhimento diurno e/ou noturno: ação de hospitalidade diurna e/ou noturna realizada nos CAPS como recurso do PTS de usuários, objetivando a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário”¹² (p.10).

ser negra. Morreu ali por ela não ter um pai presente, morreu tudo ali.

Foi muito sofrido para a gente. Essa menina... essa menina... eu, **de todos os casos que a gente teve aqui, que a gente teve problema de racismo aqui, todos os casos... Eu acho que essa menina, se não viesse para cá... eu, falo, ela não estaria hoje normal. Não mesmo!**

Porque ela estava assim, indo para uma zona de se enfiar no quarto e não sair nunca mais e pirar. Porque ela até hoje ainda dá aqueles... aquelas recaídas. Até hoje, ainda dá aquelas recaídas que a gente tem que socorrer ela.

Então, ela não estaria como está hoje, de jeito nenhum, se a madrasta dela não chegasse aqui a tempo". (Profissional de apoio que se autodeclara parda – realces nossos)

De fato, conforme aponta Silva¹⁵, “a exposição constante a situações de humilhação e constrangimento provoca rebaixamento de sua autoestima, levando-o à construção de uma imagem bastante distorcida” (p. 132).

Outras profissionais também falaram sobre essa distorção na autoimagem de Mariene. Uma enfermeira, que se autodeclara branca, narrou as diferenças nos momentos de “crise” e fora da “crise” e apontou como o (possível) sofrimento psíquico causado pelo racismo muitas vezes é de difícil percepção, “não palpável”:

“Ela [Mariene] falou que era feia. (...) Eu não sei te dizer de uma forma palpável, porque não é uma coisa verbal... é uma coisa mais assim, subjetiva, entendeu? Por exemplo: “vamos aqui, vem aqui aprender para a gente fazer um lenço e tal” e ela “não”. “Vamos fazer uma maquiagem?”, “não, mas sou feia mesmo com maquiagem”, entendeu? Uma coisa mais... não tão palpável, tipo assim, que você percebe, não muito porque ela diz, mas porque ela demonstra, entendeu?

Agora não, quando ela saiu da crise, quando ela se organizou, aí

não. Ela já meteu uma trança de outras cores no cabelo – entendeu? – já como se estivesse..., arrumou e tal, e falei assim: “nossa, Mariene, você está bonita” e ela falou assim: “ah, sou linda”. “Ah, que bom. Gostei de ver”, entendeu?”. “Profissional de apoio que se autodeclara parda – realces nossos)

Quando foi perguntado para a enfermeira se já havia conversado diretamente com Mariene sobre questões raciais; se já havia perguntado para a adolescente a cor que ela acha que tem, a resposta foi:

“Ela acha que ela é negra. Ela disse que ela é negra.

Eu já conversei sobre isso no momento que ela trouxe o racismo, entendeu? Eu falei assim: **“ó, isso existe mesmo, infelizmente. A gente está numa cultura em que os traços europeus são mais – como se diz? – são um padrão de beleza, mas que isso tem mudado. Existem grupos de empoderamento”**. Porque essa é a verdade.

Então até um tempo atrás, eu acho que até 50 anos atrás, a linda, a menina linda era de olhos azuis, loira e de cabelo liso. Cabelo lindo era o cabelo liso.

Eu acho que foi se tornando... tem uma outra... uma problematização, fortalecimento com relação a essas questões raciais. Então, hoje a mulher negra é uma mulher mais empoderada, mais do que ontem, mas ainda falta mais. Mas, a gente tem visto pessoas usando cabelo natural, abrindo mão da chapinha.

Eu falei isso para ela: **“ó, realmente existe essa exclusão. Na minha época eu vi isso acontecer, isso não é fruto da sua cabeça. A gente não consegue mudar a comunidade, não da forma que deveria ser. A gente pode conscientizar, a gente pode fazer um trabalho, mas isso é uma coisa de longo prazo. O que a gente pode fazer é te fortalecer com relação a isso, e te mostrar, fazer umas pesquisas de lugares e espaços que você vai se sentir, ter representatividade. Você vai ver pessoas negras e lindas e maravilhosas e certas dis-**

so, que são lindas e maravilhosas”. (Enfermeira que se autodeclara branca – grifos nossos)

Para Ferreira¹⁶, “é condição importante para a saúde psicológica ter-se um senso positivo de si como membro de um grupo do qual é participante, sem nenhuma ideia de superioridade ou inferioridade” (p. 68). Bento¹⁷ discute que ambas as ideias, de superioridade para brancos e de inferioridade para negros, seriam teses equivocadas; todavia, destaca a omissão na desconstrução/desarticulação desse lugar simbólico e material que os brancos ocupam.

É de extrema importância a profissional sustentar que, embora não devesse haver, há diferenças materiais e simbólicas entre brancos e negros e afirmar para a adolescente que ela reconhece a existência do racismo: “Na minha época eu vi isso acontecer, não é fruto da sua cabeça.” Este tipo de intervenção, contrária ao não dito e ao silêncio, permite que o racismo não se configure como um “crime perfeito”, em que “o(a) culpado(a) é a própria vítima”; um crime que “além de matar fisicamente, (...) alija, pelo silêncio, a consciência tanto das vítimas quanto da sociedade como um todo, brancos e negros”¹⁸ (p.40).

Perante a proposta da enfermeira, de procurar espaços/loais que pudessem afirmar positivamente a negritude da adolescente, perguntei se a menina havia aceitado a explicação.

“Então. [suspiro]. Ela veio no negócio de que teve aqui, nem sei se foi exatamente por causa da Mariene, mas **um grupo de trançador e turbantes^x que faz o trabalho veio para cá e aí ela participou.**

X “Ensinar as crianças negras a valorizarem seu cabelo, enxergarem beleza em sua raça, é uma bandeira do novo Movimento Negro. A ocupação de espaços públicos, locais de trabalho por pessoas que têm cabelos crespos, rompeu com a ‘ditadura’ do cabelo liso. O abandono dos rituais de alisamento, assumindo e cultivando seus crespos, tem se apresentado como referência para outras pessoas que ainda estão presas, ou em fase de libertar-se dessas ideias sistematizadas desde muito tempo. O coletivo Manifesto Crespo é uma referência nesse trabalho de empoderar mulheres e crianças negras, através de oficinas onde há reflexões sobre a beleza dos crespos e suas formas de composição, ensinando-as a fazer tranças, dreds, torços e turbantes”¹⁹ (p. 373).

Eu percebi que fez uma diferença para ela, porque depois ela colocou as tranças e veio toda com uns negócios assim, uns brincos tipo de África, sabe?

Então foi: “Ó, agora gostei de ver, Mariene. Agora sim, está no caminho certo [acha graça] entendeu?”, então eu acho que é isso, assim.

Eu acho que ela está nesse processo. Mas eu acho que **realmente ela sofreu racismo, eu acho que realmente ela é isolada por conta dessas questões. Eu acho que ela é isolada**”. (Enfermeira – grifos nossos)

Sobre o isolamento, Silva sinaliza:

“Imaginem uma criança negra com uma história escolar de isolamento, com uma professora que mal olhe para ela, que não estimule sua criatividade, não dinamize sua participação nos grupos ou que não perceba ou não a defenda em relação à hostilidade vivida na relação com seus coleguinhas. Ela não vai pensar que a professora é racista, mas sim que há algo errado com ela, e que é por isso que essas situações ocorrem. (...) A sociedade tem a expectativa em relação ao(a) negro(a), de acordo com os estereótipos que habitam o imaginário social. É pressuposto que o(a) negro(a) tem que agir com paciência e moderação, ficar quietinho e ser bonzinho. Ele não pode ficar irritado, não pode brigar e não pode xingar. Ele tem que ser paciente e moderado tem que se contentar com qualquer coisa (...) O sentimento de inferioridade é um efeito do racismo, que se amplia quando casado com as precárias condições de existência. Muitas vezes esse sentimento provoca um ódio de si, uma autoagressão que, às vezes, chega à beira da negação de sua própria condição”¹³ (p. 221-222)

Mariene, à sua maneira, tentou romper com esse silêncio, com a passividade. A adolescente reagiu à violência do racismo com a mesma linguagem violenta (porém física), no espaço onde as crianças negras costumam sofrer a maior quantidade de ataques racistas: a escola. Para

Gallo²⁰: “Os mecanismos de exclusão que permeiam o cotidiano das escolas são fundados em relação ao racismo, como forma de justificar que o outro (o anormal, aquele que escapa da norma) deve ficar de fora” (p. 11).

“Ela passa a não querer ir para a escola ou passa a agredir alguém na escola, como ela fazia antigamente. Porque daí antigamente a defesa dela era agredir quem olhasse para ela ou quem chegasse perto dela.

Ainda hoje ela agride, hoje faz um mês que ela agrediu na escola, bateu em uma menina lá e ela foi suspensa. Então, ela ainda está nessa fase de revolta ainda, muito grande (Profissional de apoio que se autodeclara parda – grifos nossos)

E, frente à pergunta à profissional se Mariane bate em pessoas brancas? respondeu: “Bate!”. E, continuando os questionamentos: “Ela bate em pessoas negras?”, respondeu “Não!”, e explicou o porquê:

“Ela falou assim, que as pessoas negras devem sofrer o mesmo que ela. Ela acha que devem sofrer as mesmas coisas por causa da cor. E ela é uma negra bastante, bem negra mesmo.

Então ela já falou para mim que devia ter nascido branca. Que a mãe dela fez ela... a mãe dela é morena, não chega a ser bem negra. Fez ela com um negro, devia ter feito com um homem branco para ela nascer branca.

Ela falou assim: “mesmo que o branco não tem cabelo, mesmo que um branco não tem cabelo, o branco é querido. Mas, eu... o preto pode ter cabelo, pode ter tudo que não é querido”. Sabe?

Aí ela até falou agora, que ela está melhorando, ela falou assim, “você que fica falando assim para eu não ligar, e que não é assim que eu estou pensando, que eu tento colocar de outra... vê as novelas, é difícil ter uma negra. Têm mais brancos. E tem negra bonita e negra boa para trabalhar em novela. Por que é que não tem quase negra?”

Eu falei: “bom, isso é uma questão, deve ser pelos estudos, que não

têm oportunidade para estudar”. Eu falei para ela: “não tem oportunidade para estudar, aí não pode chegar até lá. Eu quero que você estude para chegar até lá para mostrar para a gente que o negro pode participar de uma novela e pode participar de um jornal. Quero que você chegue até lá”.

Ela se diminuiu muito assim, “imagina que vai chegar a fazer um jornal assim, Nacional. Imagina...”

Eu falo assim: “calma, precisa estudar. Se você continuar espancando todo mundo na escola por essa revolta, você tem que estudar e mostrar que você é capaz””. (Profissional de apoio autodeclarada parda – grifos nossos)

Mariene não bate em crianças negras porque sabe que elas podem sofrer como ela. Contudo, a resposta agressiva ao racismo não é suficiente. A adolescente narra o desejo de vivenciar um lugar-comum, porém a comunização racial tem sido um privilégio dos/para brancos. Pode-se refletir que Mariene sinaliza as diferenças relativas aos lugares sociais de brancos e de negros; o desejo de ser branca expressa “não um incômodo com a cor da pele em si, mas com o sofrimento que essa condição efetivamente traz numa sociedade prenhe de ideologias racistas e práticas discriminatórias”²¹ (p. 142).

Miranda¹⁴ conclui, em sua pesquisa de mestrado, na qual escutou diversas meninas negras, que não é o corpo branco o objeto de desejo dessas adolescentes, mas o lugar de reconhecimento positivo, “desejam, sim, inscrever-se nos lugares que lhes é devido: lugar da pureza artística, lugar da nobreza estética, lugar da majestade moral, lugar da sabedoria científica. Lugares estes na maioria das vezes atribuídos e reservados ao branco” (p. 143).

O racismo visa suprimir as potencialidades das vidas negras, para as crianças e adolescentes não é diferente.

Considerações finais

Sabemos que, na contemporaneidade, o conceito de racismo estrutural tem sido resgatado com necessário rigor dentro das áreas de saber e das relações raciais no Brasil. Compreendendo que “o racismo é uma decorrência da própria estrutura social; ou seja, do modo ‘normal’ com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até mesmo familiares, não sendo uma patologia social e nem um desarranjo institucional”²² (p. 38).

Embora estejamos em diálogo com essa concepção, que alerta para as esferas interpessoais e institucionais como efeito dessa estrutura social e não como causa, “comportamentos individuais e processos institucionais são derivados de uma sociedade cujo **racismo é regra e não exceção**”²³ (p. 38). Ponderamos que as(os) profissionais de saúde lidam/intervêm diretamente (em seu dia a dia) com a dimensão comportamental e processual dos sujeitos e instituições que compõem essas redes de saúde e cuidado; por isso, sem descartar a abrangência estrutural do racismo, elegemos por conceituá-lo e analisá-lo considerando o racismo institucional, ainda, como importante parte das dinâmicas dos serviços de Saúde e de Saúde Mental.

O caso apresentado e analisado demonstra uma violência vivida pela instituição e dentro da instituição. A adolescente viveu ataques de preconceito racial de seus colegas de escolas; nessas instituições de ensino, como foi visto, não ofertaram acolhimento antirracista; porém, quando a adolescente reagiu agressivamente (comportamento efeito das humilhações sociais) a encaminharam para um equipamento de Saúde Mental infantojuvenil. Esse comportamento da adolescente não foi compreendido como adoecido pelo serviço de saúde, devido à posição ético-política antimanicomial e despatologizante dos CAPS e dos(as) profissionais que compõe este equipamento; isso permitiu um acolhimento da adolescente e a nomeação e intervenção da violência racial sofrida interpessoal e institucionalmente.

O racismo é complexo e exige intervenções em três distintas (porém articuladas) esferas: universal, particular e a singular. O racismo tenta desarticulá-las e suprimi-las, promovendo um congelamento e pa-

ralização na particularidade cor/raça, buscando interromper a dialética que articulam essas esferas. Quando há a solidificação de um indivíduo na particularidade raça/cor, ele perde sua condição de sujeito já que sua singularidade não é considerada – a maneira ímpar com que se subjetiva e lida com as questões da vida, inclusive a própria raça/cor, que sabemos que cada sujeito lida diferentemente com a particularidade racial, embora haja aproximações de comportamento entre os sujeitos que compõem os diferentes grupos étnico-raciais.

Dinâmica semelhante ocorre quando a esfera universal é suprimida àquele(s) indivíduo(s), fazendo-os perder a(s) sua(s) condição(ões) de pessoa(s). Sustentar a complexidade das relações raciais é compreender que nenhuma dessas instâncias se equivalem e que elas estão imbricadas dialeticamente nos processos de subjetivação.

Quando atentamos para o Sistema Único de Saúde (SUS), há uma grande plataforma dessa sofisticada compreensão, pois se trata de um sistema **universal** de saúde; com políticas de saúde para diversas **particularidades**, mulheres/homens/lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; idosos, crianças, adolescentes, indígenas e negros(as) – estes últimos abordados na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN); para que sejam possíveis a montagem e execução de Projetos Terapêuticos (de saúde) **Singulares**; uma vez que, conforme apontado, as formas, com que cada indivíduo lida com as diversas particularidades que o compõe, são distintas e ímpares, abarcando sua singularidade em distintos processos de subjetivação.

Assim, podemos afirmar que o SUS, quando verdadeiramente aplicado em suas diretrizes e políticas, que asseguram equidade racial, tem amplas condições de exercer cuidados em Saúde e Saúde Mental antirracistas. A luta pela manutenção e fortalecimento desse sistema público de saúde, em domínio antirracista não se justifica apenas pela população negra ser a maioria dos usuários^{23,24} deste sistema, mas, acima de tudo, porque sua formulação e base constituem condições políticas que colaboram para a busca da verdadeira democracia racial²⁵ no âmbito da Saúde. A luta antirracista é intrinsecamente vinculada à luta pela Saúde pú-

blica e gratuita, assim como a luta pelo SUS deve ser compreendida como uma luta antirracista - pelo menos, é como deveria ser!

Referências

1. David EC. Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2018.
2. López LC. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. Interface comun. saúde educ [internet]. 2012 [acesso em 10 ago 2022]; 16(40):121-34. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v16n40/aop0412.pdf>
3. Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza - DFID. Combate ao Racismo Institucional - CRI. Combate ao racismo institucional. Brasília; 2007.
4. Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza - DFID. Combate ao Racismo - CRI. Combate ao racismo institucional. Brasília; 2007.
5. Carmichael S, Hamilton CV. Poder negro: la política de liberación en Estados Unidos. México: Siglo XXI; 1967.
6. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra. In: Batista LE; Kalckmann S, organizadores. Seminário Saúde da População Negra, Estado de São Paulo, 2004. São Paulo: Instituto de Saúde; 2005.
7. Gonçalves Filho JM. Subjetividade humilhação social e sofrimento. In: Silva MVO, coordenador. Psicologia e Direitos Humanos: subjetividade e exclusão. São Paulo: Casa do Psicólogo; Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2004.
8. Fanon F. Pele negra, máscaras brancas. Salvador: EDUFBA; 2008.
9. Muniz E, Santos S. Impacto do racismo na saúde mental de crianças e adolescentes negros. In: Silva Junior H, Teixeira D, organizadores. Discriminação racial é sinônimo de maus-tratos: a importância do

ECA para a proteção das crianças negras. São Paulo: Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades; 2016.

10. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002 [internet]. Brasília (DF); 2002 [acesso em 10 abr. 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
11. Gomes NL. Corpo e cabelo como símbolos da identidade negra [internet]. [acesso em 28 ago. 2022]. Disponível em: <http://www.acaoeducativa.org.br/fdh/wp-content/uploads/2012/10/Corpo-e-cabelo-como-s%C3%ADmbolos-da-identidade-negra.pdf>
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria SAS/MS n.º 854, de 22 de agosto de 2012. Altera, na Tabela de Procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS os atributos dos procedimentos especificados [internet]. Brasília; 2012 [acesso em 10 set 2022]. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html.
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF); 2015 [acesso em 18 set 2022]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf
14. Silva ML. O preconceito racial humilha, a humilhação social faz sofrer. Reflexões sobre a construção psíquica do sujeito negro. In: Silva MVO, coordenador. Psicologia e direitos humanos: subjetividade e exclusão. São Paulo: Casa do Psicólogo; Brasília: Conselho Regional de Psicologia; 2004.
15. Miranda MA. A beleza negra na subjetividade das meninas um caminho para Mariazinhas: considerações psicanalíticas [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
16. Silva ML. Racismo e os efeitos na saúde mental. In: Batista LE, Kalkmann S, organizadoras. Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004. São Paulo: Instituto de Saúde; 2005.
17. Ferreira RF. Afrodescendente: identidade em construção. São Paulo: EDUC; 2000.

18. Bento, MAS. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: Carone I, Bento, MAS, organizadores. *Psicologia social do racismo: estudos sobre a branquitude e branqueamento no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes; 2002.
19. Munanga K. As ambiguidades do racismo à brasileira. In: Kon NM, Silva ML, Abud CC. *O racismo e o negro no Brasil: questões para a psicanálise*. São Paulo: Perspectiva; 2017.
20. Silva CRR. Beleza negra, orgulho crespo: no corpo (des)constrói-se a (in)diferença, o estigma. *Stuart Hall - Projeto História*. 2016; 56:463-476.
21. Gallo S. As diferentes faces do racismo e suas implicações na escola: à guisa de apresentação. In: Gallo S, organizador. *As diferentes faces do racismo e suas implicações na escola*. Campinas: Edições Leitura Crítica; 2014.
22. Baraúna LMPB. À flor da pele. In: Carone I, Bento, MAS, organizador. *Psicologia social do racismo: estudos sobre a branquitude e branqueamento no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes; 2002.
23. Almeida SL. *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte: Letramento; 2018.
24. Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia - REMEB. Usuários do sus terão que informar raça e cor em formulários de saúde [internet]. 2017 [acesso em 27 ago. 2022]. Disponível em: <http://www.cremeb.org.br/index.php/noticias/usuarios-do-sus-terao-que-informar-raca-e-cor-em-formularios-de-saude>
25. Nações Unidas Brasil - ONU-BR. Quase 80% da população brasileira que depende do SUS se autodeclara negra [internet]. 2017 [acesso em 17 set 2022]. Dispo-

nível em: <https://brasil.un.org/pt-br/78576-quase-80-da-popula%C3%A7%C3%A3o-brasileira-que-depender-se-autodeclara-negra#:~:text=Quase%2080%25%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20brasileira%20que%20depende%20do%20SUS%20se%20autodeclara%20negra,-05%20dezembro%202017&text=Estudos%20e%20estat%C3%ADsticas%20oficiais%20de,hipertens%C3%A3o%2C%20hemorragia%20e%20infec%C3%A7%C3%A3o%20puerperal>.

26. Guimarães ASA. Classes, raça e democracia. São Paulo: Editora 34; 2012.

Diversidade Sexual: saúde mental e problemas enfrentados por crianças e adolescentes LGBTQIAP+

**Caio Henrique de Souza Ferreira Berdeville^I,
Daniel Nigro Lopes^{II}, Kamila Baruque Bignotto^{III},
Amilton dos Santos Júnior^{IV}**

Resumo: Pessoas LGBTQIAP+ apresentam frequentemente transtornos depressivos, ansiosos e alimentares, dentre outros. Em especial, pessoas trans podem desenvolver disforia de gênero, definida como um sofrimento clinicamente significativo associado à discrepância entre sua identidade de gênero e aquela designada ao nascimento. O tratamento é feito com escuta ativa e acesso a modificações corporais, devendo sempre serem feitas com acompanhamento médico. Pessoas LGBTQIAP+ enfrentam uma série de disparidades em saúde, principalmente por conta do desconhecimento de profissionais de saúde sobre a temática. Nesse sentido, o capítulo apresenta essas diversidades, discorre sobre a identidade de gênero pela exemplificação de um caso e discute questões relacionadas à Saúde, principalmente quanto à Saúde Mental.

Palavras-chave: LGBTQIAP+; Disforia de Gênero; Saúde Sexual.

-
- I Caio Henrique de Souza Ferreira Berdeville (caio.berdeville@gmail.com) é Aluno de Graduação em Medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP); Pesquisador de Iniciação Científica no Laboratório de Neuroproteômica da (UNICAMP), Presidente da Liga de Psiquiatria e Saúde Mental da (FCM/UNICAMP).
- II Daniel Nigro Lopes (mdanieln.l@hotmail.com) é Médico pela Faculdade de Medicina de Catanduva (FAMECA), com Residência Médica em Psiquiatria pelo Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira e em Psiquiatria da Infância e Adolescência na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP), Preceptor de Psiquiatria na Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic.
- III Kamila Baruque Bignotto (kamilabbignotto@gmail.com) é Médica pela Universidade de Araraquara (UNIA-RA), com Residência Médica em Psiquiatria pela Secretaria de Saúde de Sorocaba (SES-Sorocaba) e em Psiquiatria da Infância e Adolescência pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP). Colaboradora do Departamento de Psiquiatria no Ambulatório de Gênero desta universidade.
- IV Amilton dos Santos Júnior (amiltsjr@unicamp.br) é Médico Psiquiatra, Mestre e Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP), Professor Livre-Docente do Departamento de Psiquiatria desta universidade.

Introdução

No presente capítulo iremos discorrer a respeito da Saúde Mental e problemas enfrentados por crianças e adolescentes lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexo, assexuais e pansexuais (LGBTQIAP+).

Identidades de gênero, orientação sexual e conceitos fundamentais para a prática

O entendimento das dinâmicas culturais que envolvem indivíduos LGBTQIAP+, assim como os fenômenos psicológicos, sociais e biológicos que lhes dizem respeito, deve ser precedido por um consolidado entendimento sobre os sistemas atuais de classificação das identidades de gênero e orientações sexuais no Brasil. Esse pré-requisito é especialmente importante e útil ao profissional de saúde, tanto física quanto mental, em virtude do preocupante cenário de disparidades que envolvem o segmento populacional em questão.

Um exemplo da importância dessa familiaridade com a temática LGBTQIAP+ centra-se nas altas taxas de uso de hormônios feminilizantes por pessoas transfemininas (travestis, mulheres trans, dentre as demais identidades englobadas por esse espectro) não prescritos por profissionais de saúde¹, muitas vezes feito desde a adolescência. O uso não prescrito desses esteroides é problemático, visto que esta hormonização é geralmente feita com estrógenos presentes em anticoncepcionais comercializados em farmácias, cujas doses para feminilização são muito superiores às de contracepção. Isso pode associar-se à maior frequência de adversidades cardiovasculares, uma vez que essa classe de moléculas interage com fatores da cascata de coagulação².

Em um estudo conduzido por Maschião e colegas¹, em uma amostra composta por 616 transfemininas, menos de 60% apontaram ter seu nome social sempre respeitado por profissionais de saúde, sendo essa variável identificada como um fator protetor contra o uso não supervisionado de hormônios. Complementarmente, metade dos participantes apontou já ter experienciado discriminação em serviços de saúde.

Esse cenário exemplifica uma das muitas dificuldades enfrentadas por pessoas LGBTQIAP+ no sistema de saúde. Uma das consequências dessas dificuldades é o afastamento desses indivíduos das redes de cuidado, colaborando para as disparidades notadas entre minorias sexuais e

de gênero e a população dominante, isto é, a heterossexual e cisgênero.

O Quadro 1 apresenta a síntese para melhor se entender os sistemas de classificação em identidade de gênero e orientação sexual no Brasil.

Quadro 1 – Principais identidades de gênero no Brasil, indicando os pronomes sugeridos, assim como os possíveis padrões de orientação sexual.

identidade de gênero	gênero designado ao nascimento	Pronomes	Orientações Sexuais		
			heterossexual	homossexual	bissexual/pansexual
mulher trans (gênero)	masculino	ela, dela	se atrai por homens (trans ou cis)	(lésbica) se atrai por mulheres (cis ou trans) e/ou pessoas não-binárias sem alinhamento ou alinhadas ao feminino	se atrai por qualquer identidade de gênero ^V
travesti	feminino				
mulher cis (gênero)	feminino	ele, dele	se atrai por mulheres (trans ou cis)	(gay) se atrai por homens (cis ou trans) e/ou pessoas não-binárias sem alinhamento ou alinhados ao masculino	
homem trans (gênero)	masculino				
homem cis (gênero)	masculino				
não-binários	feminino ou masculino	Pergunte ao paciente	Pergunte ao paciente ^{VI}		

Fonte: Os autores.

V Frequentemente, pacientes que se autodeclaram bissexuais ou pansexuais apontam que a diferença entre os dois construtos consiste no contexto histórico do surgimento da identidade sexual como categoria, de modo que o indivíduo se percebe como bissexual ou pansexual a depender da identificação com o *background* da orientação sexual. Entretanto, academicamente, a bissexualidade e a pansexualidade se distinguem pelo seguinte critério: bissexual seria o indivíduo que apresenta capacidade de atração por mais de uma identidade de gênero, enquanto pansexual seria aquele que pode se atrair por qualquer identidade de gênero. É fortemente recomendado ao profissional de saúde entender que na prática clínica, a percepção comunitária desses termos deve prevalecer sobre a acadêmica, devendo esta restringir-se para atividades não diretamente ligadas a pessoas em processo de cuidado.

VI Indivíduos não-binários podem apresentar alinhamento ao masculino ou ao feminino, ou seja, reconhecem as identidades de gênero como um espectro e, dentro desse sistema, notam-se mais inclinados ao polo masculino ou ao polo feminino. Assim, um paciente não-binário alinhado ao masculino, por exemplo, é uma pessoa que não se percebe como homem, travesti ou mulher, sendo, portanto, não-binário, mas, nota sua identidade de gênero mais próxima ao polo da masculinidade.

Complementarmente, apresenta-se um exemplo de situação, com o caso de Ana Paula:

Ana Paula tem 17 anos e atualmente se identifica como uma mulher trans lésbica. Quando nasceu, Ana foi nomeada “Marcelo” (nome de registro), pois foi notada pelos médicos a presença de um pênis e demais características sexuais primárias (sexo biológico) e, portanto, foi considerada um menino/homem (gênero designado ao nascimento e adicionado a seu registro na certidão de nascimento).

Ao longo de sua infância, Ana Paula (na época, Marcelo) apresentava preferência por brinquedos considerados “de menina”, preferia ter amigas a amigos e com frequência dizia “não sou menino, sou menina”. Com isso, passou a ser vítima frequente de violência verbal e física na escola, e não encontrava apoio de professores. No início de sua adolescência, “Marcelo” notou que se sentia mais confortável quando se dirigiam a “ele” no feminino e, após conversar sobre esse cenário com seus amigos, descobriu-se como uma mulher transgênero (identidade de gênero), passando a solicitar que fosse chamada de Ana Paula (nome social).

Ana Paula não gosta de utilizar vestidos e saias, tampouco maquiagem, mas, ainda assim, sente-se mais confortável sendo tratada no feminino (escolhe artigos – “a Ana Paula” e pronomes femininos – ela/dela), tal qual suas amigas que foram consideradas meninas desde o nascimento (mulheres cisgênero ou, simplesmente, cis). Assim, o jeito de Ana Paula representar aos outros a sua identidade de gênero é diferente de algumas mulheres cisgênero, mas parecido com outras (expressões de gênero).

Ana Paula sempre se sentiu atraída por mulheres, sejam elas trans ou cisgênero e, portanto, se identifica como uma mulher trans lésbica, mesmo que sexualmente prefira penetrar suas parcerias e não se sinta confortável em ser penetrada – visto que o papel desempenhado durante as relações sexuais não modula a identidade de gênero. Ana Paula usa roupas femininas em casa, na rua e na escola desde os 15 anos (transição social), mas não no trabalho, pois tem receio de ser excluída pelos colegas de sua empresa caso use maquiagem. Nesse ambiente específico, ainda diz chamar-se “Marcelo”.

A importância da compreensão dos conceitos

Além dessa apresentação dinâmica dos principais conceitos em gênero e sexualidade (Quadro 1), particularmente importante para a padronização da comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado, é fundamental conhecer a definição acadêmica das identidades de gênero e sexuais mais frequentes em nosso meio. Em relação à identidade de gênero, toda e qualquer pessoa pode ser dividida em cisgênero; ou seja, indivíduos cuja identidade de gênero corresponde àquela designada ao nascimento, ou transgênero, isto é, pessoas cuja identidade de gênero difere daquela designada ao nascimento.

Grosseiramente, e de forma um pouco inequívoca, podemos exemplificar esses termos da seguinte forma: suponha que a mãe de Ana Paula, do caso citado, seja Antônia, uma mulher que, ao nascer, foi identificada por seus médicos com uma identidade de gênero feminina em virtude da presença de vulva/vagina em seu corpo e que, ao longo de sua vida, permaneceu identificando-se como mulher. Antônia seria então classificada como uma “mulher cisgênero”, ou simplesmente “mulher cis”, visto que sua identidade de gênero corresponde àquela designada ao nascimento. Já Ana Paula, como dito anteriormente, foi designada com uma identidade masculina ao nascimento e, por hoje se identificar com uma identidade feminina, pode ser classificada como uma “mulher transgênero” ou “mulher trans”.

A transgeneridade, ao contrário da cisgeneridade, é um termo guarda-chuva, ou seja, um construto amplo que abriga um conjunto de identidades. Enquanto a cisgeneridade engloba apenas mulheres e homens cisgênero, a transgeneridade enquadra mulheres e homens transexuais, travestis, não-binários, agêneros e quaisquer outras identidades de gênero que surjam em determinado período temporal e espacial, desde que difira da identidade designada ao nascimento³. Essas conceituações são dinâmicas e variáveis conforme mudanças culturais e geracionais, de forma que novos termos surgem ou desaparecem conforme pessoas se organizam em torno de novas construções identitárias em determinado recorte de tempo e espaço.

A não-binaridade, por sua vez, pode ser entendida como referente ao conjunto de pessoas que não se identificam nem como homens e nem como mulheres. Isso ocorre porque, historicamente, esses dois construtos (ser homem e ser mulher) foram retratados de maneira antagônica, embora haja uma tendência contemporânea de enxergá-las enquanto um espectro gradativo⁴. Com essa abordagem em mente, é plausível entender que há indivíduos cuja percepção de si próprio (identidade de gênero) apresenta características tanto femininas (embora não suficientes para se enquadrarem/definirem como mulheres), quanto masculinas (da mesma forma, não suficientes para serem classificados como homens). Por isso, com frequência, essas pessoas são agrupadas na identidade “não-binário”, a qual pode, às vezes, ser mais inclinada ao feminino (predomínio de características femininas sobre as masculinas), ou mais inclinada ao masculino (predomínio das características masculinas sobre as femininas). Por fim, “queer” vem sendo adotado para designar pessoas cujo padrão sexual ou expressão de gênero diverge do padrão sociocultural no qual o indivíduo está inserido, identidade mais comumente utilizada nos Estados Unidos e em países europeus e, no Brasil, pelos adeptos da Teoria Queer⁵.

Quadro social das minorias sexuais e de gênero

A população LGBTQIAP+ possui risco maior de sofrer violência, seja ela sexual, física ou psicológica, tanto em ambiente familiar, em seu território ou na escola, o que acaba sendo um fator de risco para as questões mencionadas acima sobre a saúde mental, como para uma maior dificuldade em conseguir se socializar, conviver com os pares e ter condições para o seu futuro, seja em trabalho, estudos e relacionamentos pessoais^{6,7}.

Estes indivíduos podem enfrentar algumas dificuldades, com relação ao uso de seu nome social e de se expressarem da maneira como se identificam, podendo tais questões aparecer desde o ambiente familiar – com a não aceitação por parte dos pais ou de algum outro familiar de sua condição, ou para usarem seus nomes sociais – e, muitas vezes, até mesmo a aceitação de viver integralmente com o gênero com o qual se identi-

ficam. Eventualmente, alguns casais podem se divorciar em razão de crer que algum dos responsáveis (em geral, a mãe), apoiam o adolescente ou a criança em sua transgeneridade; ou, então, podem não dar este apoio por medo de retaliações, as quais variam conforme o contexto sociocultural e religioso da família. Esse processo pode aumentar a sensação para as pessoas trans de que suas identidades não são reconhecidas.

Outro cenário consiste na ausência de rede de apoio, prejudicando a capacidade de expressão dessas pessoas, inclusive fora do ambiente familiar. Os entraves sociais podem se prolongar na escola, podendo ocorrer por dificuldade da coordenação de ensino. Com certa frequência, mesmo conseguindo a mudança na lista de chamada para que conste o nome social, alguns professores ou colegas podem agir de maneira desrespeitosa e não tratar a pessoa como ela deseja, mesmo quando há orientação expressa da direção escolar. Assim, nota-se que é fundamental, além do cuidado da saúde física e mental, que os profissionais de saúde que atuam com essas pessoas também se atenham a questões sociais que influenciam direta e indiretamente na saúde e engendram dificuldades para que o indivíduo tenha um bem-estar.

Saúde sexual da população LGBTQIAP+

Há concretas disparidades epidemiológicas entre as populações LGBTQIAP+ e a maioria da população cisgênero/heterossexual no Brasil. Dentre as pessoas com 13 anos ou mais, em 2020, a principal forma de exposição, dentre os casos notificados de aids no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), é a sexual (78,7% para homens), de modo que 41,5% das infecções ocorreram entre homens gays ou bissexuais, enquanto 37,2% dos acometidos eram heterossexuais⁸. As distribuições em questão alteram-se com uma série de marcadores sociodemográficos, tais como identidade de gênero e etnia, ocorrendo com maior frequência entre homens negros com idades entre 20 e 39 anos⁸.

Embora os dados aqui expostos sejam, possivelmente, inclinados em virtude de tratarem de indivíduos adultos, é fundamental recordar que as crianças e adolescentes LGBTQIAP+ de hoje serão os adultos do futuro, estando expostos a todos esses fatores de risco. Portanto, abordar

a saúde sexual e avaliar as práticas sexuais com esses grupos durante essa janela de oportunidade da infância, adolescência e juventude é primordial, tanto em termos de saúde coletiva, quanto individual.

Especialmente importante é lembrar o quanto a saúde sexual pode afetar a saúde mental de um indivíduo. Em meta-análise realizada por Xiao e colaboradores (2020), a prevalência de depressão entre homens que fazem sexo com homens (HSH) vivendo com HIV foi de 43%, sendo, como esperado, maior do que a dos HSH não vivendo com HIV⁹.

O termo rastreamento pode ser definido como a realização de testes em pessoas assintomáticas, a fim de estabelecer um diagnóstico precoce, geralmente utilizando, para as infecções sexualmente transmissíveis (IST), com uso de testes rápidos (BRASIL, 2022). Todo indivíduo menor de 30 anos, incluindo adolescentes, deve realizar rastreio para HIV e sífilis anualmente, enquanto outras IST, como as hepatites B e C, dependem dos subgrupos aos quais o indivíduo pertence (BRASIL, 2022). Para o caso da hepatite B, existem vacinas disponíveis no SUS, inclusive. Também se recomenda que HSH e pessoas trans realizem o rastreio para sífilis e HIV semestralmente, assim como para as hepatites citadas¹⁰.

Outras medidas de enfrentamento ao HIV incluem o uso de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), que consiste no uso diário de medicamentos antirretrovirais para redução da chance de infecção por esse vírus em populações-chave, e Profilaxia Pós-Exposição (PEP), a ser utilizada por 28 dias por pessoas que experienciaram uma situação de risco para o HIV, devendo ser iniciada dentro das primeiras 72 horas após tal exposição¹¹. Idealmente, a PrEP deve ser combinada ao uso de preservativos em todas as relações, visto que apresenta eficácia somente contra o HIV, existindo possibilidade de infecção por sífilis, hepatites virais, clamídia, dentre outras IST, que também podem ser tratadas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Saúde Mental da população LGBTQIAP+

A população LGBTQIAP+ tem mais fatores de risco para desenvolver transtornos mentais que a maioria dos cisheterossexuais devido às negligências que vivenciam, violências e questões psicodinâmicas¹².

Na visão dos atuais sistemas de classificação em Saúde Mental, existe a classificação de “disforia de gênero”, segundo a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)¹³, e de “incongruência de gênero”, segundo a 11ª edição do Código Internacional de Doenças (CID-11)¹⁴; conceitos com sentido quase similar. A principal distinção entre eles consiste em, no primeiro, ser um manual psiquiátrico muito usado para definir diagnósticos, em pesquisas e na literatura sobre o tema, pois é adotado pela American Psychiatric Association; já o segundo é adotado para classificação de questões de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e utilizado em todos os países, como o Brasil, que codificam doenças utilizando seus códigos.

Em relação à CID-11, em sua edição mais recente de 2022¹⁴, o construto em questão saiu da categoria de “transtornos mentais” e foi deslocado para um novo capítulo, o de “condições relacionadas à saúde sexual”. Esta modificação teve a ideia de não mais considerar a transgeneridade uma patologia, mas sim conseguir fornecer suporte na saúde e para intervenções que possam contribuir para o indivíduo.

A despeito dessas duas classificações mais recentes, é importante lembrar que, no Brasil, a classificação atualmente adotada pelo Ministério da Saúde é a da CID, porém, em sua décima edição, a CID-10¹⁵, que ainda classifica como patológicas e com códigos específicos as seguintes condições: “transexualismo”, “travestismo bivalente”, “travestismo fetichista”, “transtorno da identidade sexual na infância” e “orientação sexual egodistônica”. Tais conceitos são atualmente considerados ultrapassados e devem ser evitados pelos profissionais de saúde e outros que atuam com a população trans.

Crianças e adolescentes com incongruência de gênero

Crianças e adolescentes com incongruência de gênero têm sido identificados com uma maior predisposição a alguns transtornos psiquiátricos, como depressão e ansiedade¹⁶, sendo necessário um maior rastreamento e acompanhamento desta população.

Muitas pessoas com incongruência de gênero podem apresentar, ao longo de suas vidas e, inclusive durante a infância e adolescência, dis-

foria de gênero; ou seja, um sofrimento clinicamente significativo e associado à discrepância entre a identidade de gênero da pessoa e aquela designada ao nascimento, tendo importantes impactos em diversas esferas da vida do indivíduo¹³. A disforia de gênero tende a possuir propriedades segmentadas, não se manifestando de forma generalizada; assim, é comum que um homem trans, por exemplo, apresente disforia apenas com seus seios, mas não com seus genitais.

A disforia pode manifestar-se também, em um sentido de ausência, a exemplo de uma mulher trans que se apresenta disfórica por não possuir seios. Além disso, pode ocorrer também apenas em situações específicas de exposição social que geram desconforto, sofrimento e traumas psicológicos.

Intervenções para afirmação de gênero podem ser consideradas para amenizar a disforia de gênero que o indivíduo está vivenciando. As intervenções são individualizadas e categorizadas conforme a fase do desenvolvimento da pessoa: crianças pré-púberes com diversidade de gênero não são elegíveis para realizar a intervenção médica¹⁷. Em determinados casos, a criança pode se beneficiar ao realizar a transição social, exemplos de ações estão descritas no Quadro 2¹⁸. Os profissionais de saúde devem discutir os benefícios potenciais de uma transição social com crianças e famílias em situações nas quais:

- Há uma manutenção consistente e estável de uma identidade de gênero incongruente com o gênero atribuído no nascimento. Isso deve ser diferenciado de expressões, comportamentos e interesses diversos de gênero (por exemplo, brincar com brinquedos, expressar-se por meio de roupas ou escolhas de aparência e/ou envolver-se em atividades socialmente definidas e tipicamente associadas ao outro gênero em um modelo binário de gênero);
- A criança está expressando um forte desejo ou necessidade de fazer a transição para o gênero que articulou como sendo seu gênero autêntico de modo persistente;

- A criança está emocional, clínica e fisicamente estável e bem durante e após a transição. (E. Coleman *et al.* 2022).

Preconceito e discriminação devem ser considerados, especialmente em localidades onde a aceitação da diversidade de gênero é limitada ou proibida.

Em resumo, a transição social, quando ocorre, provavelmente servirá melhor ao bem-estar de uma criança quando ocorrer de maneira cuidadosa e individual para cada paciente. Vale ressaltar que o projeto de transição de gênero pode evoluir ao longo do tempo e não é necessariamente estático, podendo refletir o momento de autoconhecimento da criança em relação a sua identidade de gênero atual e as ações desejadas para expressar essa identidade¹⁹.

Quadro 2 - Exemplos de ações para transição de gênero na infância

Ação	Comentários
mudança de nome e pronome	Recomenda-se que seja feito em conjunto com os responsáveis pela criança, permitindo uma maior integração familiar ao processo de transição e consolidando a rede de apoio.
alteração nos marcadores de sexo/gênero em documentos	Certidão de nascimento; carteiras de identidade; passaporte; documentação escolar e médica etc., podendo ser alterados para proteger a criança contra eventos de transfobia, em especial em sua modalidade institucional.
uso de banheiro e vestiário congruente com gênero expresso	Favorece a integração da criança com grupos de identidades similares, além de, segundo experiência clínica extensiva, ameniza a disforia de gênero ao reduzir estímulos disparadores.
Comunicação de gênero afirmado para outras pessoas	Por meio de mídia social; anúncios de sala de aula ou escola; cartas para famílias extensas ou contatos sociais, auxilia a criança a sentir-se vivendo integralmente no gênero com o qual se identifica.

participação em programas separados por gênero	Equipes esportivas; clubes recreativos e acampamentos; escolas etc., estes devem integrar a criança trans conforme o gênero que esta identifica-se (ex: estimular que um menino trans possa participar das aulas de educação física com os meninos cisgênero).
--	--

Fonte: Os autores.

A disforia de gênero, quando não tratada, está associada a piores desfechos em Saúde Mental, como depressão, autolesão não-suicida e ideação suicida¹³, de modo que a abordagem terapêutica para o processo em questão possa se dar, também, pela assistência às transformações corporais, incluindo o uso de bloqueadores puberais, a hormonização e/ou a cirurgias de redesignação sexual, levando à redução do sofrimento e dos desfechos negativos sociais e biológicos.

O tratamento de intervenções médicas para afirmação de gênero em adolescentes pode ser dividido em três categorias e apresentam critérios de elegibilidade em relação à idade/estágio da puberdade - ou seja, bloqueadores da puberdade, sendo totalmente reversíveis - assim que a puberdade iniciar; terapia hormonal, que é parcialmente reversível (testosterona, estrogênio) para adolescentes na maioridade, e aos 16 anos com autorização dos responsáveis legais; e cirurgias, estas irreversíveis, a partir de 18 anos¹⁹.

Alguns estudos transversais avaliaram os efeitos dos tratamentos de afirmação de gênero na saúde mental de adolescentes trans. Na pesquisa realizada por Van der Miesen e colegas²⁰, foi comparado o funcionamento psicológico em adolescentes transgêneros no início e durante a supressão da puberdade com o de colegas cisgêneros do Ensino Médio em dois momentos diferentes. No início, os jovens transgêneros demonstraram funcionamento psicológico inferior em comparação a seus pares cisgênero; ao passo que, quando submetidos à supressão da puberdade, demonstraram melhor funcionamento do que seus pares.

Também Grannis e colegas²¹ demonstraram que homens transgêneros que iniciaram o tratamento com testosterona apresentaram sintomas de Saúde Mental internalizantes mais baixos (depressão e ansieda-

de) em comparação com aqueles que não iniciaram o tratamento com testosterona¹⁹.

Quanto à Saúde Mental da população LGBTQIAP+, também se observa uma maior prevalência de transtornos do espectro autista^{22,23}, assim como de transtornos alimentares²⁴. Devido a estas maiores prevalências supracitadas e às condições vivenciadas, como preconceitos, dificuldades sociais, discriminações e, muitas vezes, condições socioeconômicas e culturais de extrema vulnerabilidade, como expulsões da casa dos pais, vida nas ruas e maior exposição ao uso perigoso de substâncias psicoativas, há um risco maior de tentativas de suicídio e de suicídios completos entre esses indivíduos²⁵, além de violências transfóbicas que podem culminar em homicídios.

Anamnese inicial de adolescentes transgêneros que procuram auxílio no sistema de saúde

A anamnese de um adolescente trans inicia-se, como de costume, pela identificação do usuário. Neste campo, além das informações básicas normalmente coletadas para os demais perfis de pacientes, é primariamente importante a identificação do nome social, caso haja, e a pergunta sobre quais pronomes de gênero devem ser usados e que a pessoa em questão tenha maior conforto para serem tomados como referência ao longo do atendimento.

O nome social, como anteriormente ressaltado, é o nome selecionado pelo indivíduo trans, sendo, na grande maioria das vezes, diferente do nome de registro. Com frequência pessoas transgênero realizam a retificação de seu nome em cartórios, por exemplo, ocorrendo a retirada do nome de registro do documento (“nomes mortos”, que não devem ser utilizados), permanecendo apenas o nome social que, a partir desse momento, deixa de receber essa denominação para se tornar apenas o nome da pessoa, oficialmente. Porém, quando se trata de crianças e adolescentes essa retificação não pode ser feita, sendo necessário que se aguarde os 18 anos do cidadão para requerê-la.

Outro importante dado da identificação inclui a religião – ou ausência dela – dos responsáveis e do próprio adolescente e, no caso de pessoas

evangélicas, devido à variedade de tipos, é relevante saber a denominação. Para qualquer cenário, também se deve prestar atenção à importância que a religião desempenha na vida do indivíduo e de seus cuidadores.

Em seguida, pergunta-se à pessoa como ela se identifica em relação a seu gênero e sua orientação sexual. A partir desse ponto, a anamnese torna-se mais fluida, sendo recomendado identificar, na história clínica, as seguintes informações:

- a) Idade em que o indivíduo começou a questionar sua identidade de gênero e a(s) motivação(ões) para esse questionamento;
- b) Idade em que o indivíduo passou a se identificar com a identidade atual;
- c) Outras identidades, sejam elas de gênero ou sexuais, que o indivíduo teve anteriormente;
- d) Se o indivíduo considera já viver integralmente no gênero com o qual se identifica;
- e) Como foi ou está sendo o processo de puberdade, tanto em seu aspecto psicossocial, quanto biológico/de mudanças corporais;
- f) O que o indivíduo entende por disforia de gênero, se apresenta disforia e, em caso afirmativo, em quais contextos sociais e partes do corpo ela está presente, incluindo sua intensidade em cada segmento;
- g) Se o indivíduo já fez ou está realizando hormonioterapia e se este processo foi ou está sendo feito com o devido acompanhamento profissional;
- h) Qual o modelo de transição de gênero o paciente deseja, incluindo modificações comportamentais, hormonais ou cirúrgicas (esta última caso já seja um adulto(a));

- i) Os modelos de transição de gênero que o paciente não deseja e o(s) motivo(s) para tais;
- j) Identificar o uso de *binder*, *packer* ou *tucking* por parte do paciente (ver glossário no Quadro 3);
- k) Se há na família outras pessoas LGBTQIAP+;
- l) Relações sexuais: se já se iniciaram tais práticas e, em caso positivo, com que idade, papel desempenhado nas atividades sexuais, se apresenta atualmente vida sexual ativa, padrão de uso de preservativos e demais estratégias de prevenção de IST, assim como métodos contraceptivos, caso necessário;
- m) Se há histórico ou não de abuso sexual;
- n) Se há/houve uso de substâncias psicoativas; com identificação e detalhamento de padrão, frequência e intensidade de uso e se direciona a um padrão problemático/dependente ou autodestrutivo;
- o) Se sofre *bullying* na escola ou no trabalho;
- p) Se, na escola, utiliza banheiro correspondendo a sua identidade de gênero, mapeando esse padrão em outros ambientes. Caso não utilize, como se sente. (Avaliar também se a escola fornece algum tipo de suporte nesse aspecto);
- q) Relação da escola com sua identidade de gênero e respeito ao uso de seu nome social;
- r) Verificar se o indivíduo possui amigos, se os adquire com facilidade e se esses grupos tendem a ser mais virtuais ou presenciais;
- s) Como está a relação dos familiares de primeiro grau com a identidade de gênero e orientação sexual do paciente, verificando o padrão de evolução dessas dinâmicas;

- t) Levantar antecedentes psiquiátricos pessoais, incluindo: depressão, transtornos ansiosos, etilismo, uso de substâncias psicoativas, transtorno do espectro autista e transtornos alimentares. Investigar também ideação, planejamento e tentativas de suicídio, bem como lesões não suicidas autoprovocadas, como cortar-se, beliscar-se, queimar-se com cigarros, bater a cabeça na parede ou tentar lesar órgãos com os quais eventualmente sintam disforia, em situações de angústia extrema. Avaliar também transtorno afetivo bipolar, deficiência intelectual e síndromes psicóticas;
- u) Antecedentes psiquiátricos familiares, incluindo todos os anteriormente citados;
- v) Verificar se o indivíduo realiza ou já realizou acompanhamento com demais profissionais de Saúde Mental, assim como se faz ou fez uso de medicações psiquiátricas (quais tipos, doses e padrão de uso) e, no caso de já as ter utilizado, avaliar o tempo de uso, as razões de introdução e de parada e se houve efeitos adversos.

É fundamental refletir sobre a forma de referência a segmentos do corpo de um paciente trans. Em virtude das propriedades da disforia de gênero, muitos transmasculinos, por exemplo, sentem considerável desconforto quando nos referimos a determinados órgãos de seu corpo por seus nomes acadêmicos, tais como “útero”, “vagina”, “seios”, “mamas”, dentre demais termos. O mesmo pode ocorrer com pessoas transfemininas, as quais podem experimentar desconforto com a utilização de termos como “pênis” e “testículos”.

Idealmente devem ser realizados acordos com cada paciente em relação ao uso desses termos, pois parte deles não se importa com o emprego desses nomes, embora outra parte possa vivenciar fragilização da relação cuidador-paciente ao experienciar situações em que são utilizados. Cada profissional incorpora essa dinâmica do seu próprio jeito na prática clínica.

Uma sugestão favorável, contudo, é avisar o paciente já no início da avaliação: “Pode ser que ao longo da nossa conversa eu acabe utilizando termos para se referir ao seu corpo com os quais você não se sinta confortável, como “vagina” (no caso de um homem trans), ou me confunda quanto ao uso de artigos/pronomes. Caso isso aconteça, sinta-se à vontade para me indicar que você não se sente confortável com o termo utilizado, para podermos utilizar outro com o qual você se sinta melhor.”

Documentação para pacientes transgêneros em serviços de saúde

Segundo a Portaria nº 1820 de 13 de agosto de 2009²⁶, em seu artigo 4.º, inciso I, é direito de todo paciente do SUS a identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo todo documento apresentar campo para inserção de nome social, independente da retificação ou não dos documentos da pessoa em cartório. Assim, ao atender um indivíduo trans que já tenha um nome social, este sempre deve ser utilizado, mesmo que não tenha feito tal retificação. Esse entendimento desdobra-se, inclusive, para encaminhamentos e receitas médicas (mesmo as de controle especial).

Contudo, é de saber coletivo que diversos ambientes – estes hostis, mesmo que parcialmente, para as minorias de gênero – ainda irão inserir barreiras para o uso somente do nome social, quando a retificação ainda não foi feita. Nesses casos, em regime de exceção, utiliza-se o nome social e ao final, entre parênteses, insere-se o primeiro nome de registro, conferindo, porém, destaque para o nome social.

Quadro 3 - Glossário em saúde LGBTQIAP+

Termo:	Definição:
Diversidade de gênero	O termo “diversidade de gênero” inclui crianças transgêneros binárias e não-binárias, bem como crianças com gêneros diversos que, em última análise, não se identificarão como transgêneros mais tarde na vida. As terminologias são inerentemente ligadas à cultura e evolui ao longo do tempo. Assim, é possível que os termos usados aqui fiquem desatualizados e encontremos descritores melhores.
“Nome morto”	É um sinônimo informal para “nome de registro”, que não deve ser utilizado.
“Packer”	Prótese peniana removível utilizada por alguns transmasculinos, havendo vários tipos. Alguns têm por finalidade a realização de penetração durante relação sexual, outros são usados para conferir volume à calça/roupas íntimas, havendo a possibilidade de uso para urinar em pé, permitindo um uso mais adequado de determinados aspectos de um banheiro masculino, como os mictórios.
“Tucking” (aquendar)	Prática realizada por algumas pessoas transfemininas (travestis, mulheres trans, não-binários com pênis etc.) para conferir à região genital um aspecto mais “tipicamente feminino”, na qual a pessoa direciona o pênis em direção ao dorso do corpo, fixando-o com o uso de fita adesiva.
“Binder”	Faixa ou colete compressor, semelhante a um sutiã esportivo, utilizado por alguns transmasculinos para conferir à região do tórax um aspecto mais “tipicamente masculino”.
Bloqueadores puberais	Medicações utilizadas por pacientes trans com disforia de gênero no início da puberdade, interrompendo temporariamente o processo até que possa realizar hormonioterapia, por exemplo.

Cirurgia de redesignação sexual	Erroneamente chamada de “cirurgia de mudança de sexo”, é o procedimento no qual um neopênis é construído a partir de uma vagina, ou então uma neovagina é construída a partir de um pênis. Apresenta como idade mínima 18 anos e requer ao menos um ano de hormonioterapia.
Mamoplastia masculinizadora	Procedimento realizado por alguns transmasculinos, após período apropriado de hormonioterapia, para remoção do tecido mamário, conferindo ao tórax um aspecto mais “tipicamente masculino”.
Hormonioterapia	Uso de testosterona (transmasculinos) ou bloqueadores de testosterona e estrógenos (transfemininas) para modificação da expressão de gênero. Apresenta idade mínima de 16 anos, com consentimento dos pais, ou 18 anos, em autonomia. Deve sempre ser realizada sob acompanhamento médico.
HSH	Sigla para se referir a “homens que fazem sexo com homens”, sendo amplamente utilizada na literatura nacional e internacional. O termo vem recentemente sendo alvo de críticas, pois, a depender do autor, inclui ou não homens e mulheres trans. Mais recentemente, vem ganhando força o termo “homem cis que faz sexo com homem cis (HcSHc).
Passabilidade	Capacidade de uma pessoa trans ser percebida como cis pelos outros (segundo sua identidade de gênero).
Ativo	Pessoas que penetram em uma relação sexual.
Passivo	Pessoas que são penetradas em uma relação sexual.
Versátil	Pessoas que, em uma relação sexual, podem tanto penetrar quanto serem penetradas.

Referências

1. Maschião L F, Bastos FI, Wilson E, McFarland W, Turner C, et al. Nonprescribed Sex Hormone Use among Trans Women: The Complex Interplay of Public Policies, Social Context, and Discrimination. *Transgender Health*. 2020; 5(4):205–215.
2. Scheres LJJ, Selier NLD, Nota NM, Van Diemen JJK, Cannegieter SC, et al. Effect of gender-affirming hormone use on coagulation profiles in transmen and transwomen. *Journal Of Thrombosis And Hemostasis* [internet]. 2021; 19(4):1029-1037. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jth.15256>
3. Turban JL, Ehrensaft D. Research Review: gender identity in youth: treatment paradigms and controversies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [internet]. 2018; 59(12):1228-1243. doi: 10.1111/jcpp.12833.
4. J. Twist and N. M. de Graaf. Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the United Kingdom's National Gender Identity Development Service. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* [internet]. 2019; 24(2):277-290. doi: 10.1177/1359104518804311
5. Butler J. Problemas de gênero. Feminismo e subversão de identidade. Trad. Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2010.
6. Blondeel K, Vasconcelos S, Garcia-Moreno C, Setephenson R, Temmerman M, et al. Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: a systematic review. *Bulletin Of The World Health Organization* [internet]. 2017; 96(1):29-41. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2471/blt.17.197251>.
7. Kittiteerasack P, MATTHEWS AK, Steffen A, Corte C, McCreary LL, et al. The influence of minority stress on indicators of suicidality among lesbian, gay, bisexual and transgender adults in Thailand. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing* [internet]. 2021; 28(4):656-669. doi: 10.1111/jpm
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico HIV/Aids [internet]. 2021 [acesso em 20 nov 2022]. Disponível em: <https://www>.

gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf

9. Xiao L, Han QI, Wang YY, Wang D, Wilkinson M, Hall BJ, Ungvari GS, et al. The prevalence of depression in men who have sex with men (MSM) living with HIV: a meta-analysis of comparative and epidemiological studies. *General Hospital Psychiatry*. 2020:112-119.
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis [internet]. 2022 [acesso em 18 out 2022]. Disponível em: http://antigo.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/57800/pcdt-ist-2022_isbn.pdf?file=1&type=node&id=57800&force=1.
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV [internet]. 2022 [acesso em 5 fev 2023]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf.
12. Newcomb ME, Hill R, Buehler K, Ryan DT, Whitton SW, et al. High Burden of Mental Health Problems, Substance Use, Violence, and Related Psychosocial Factors in Transgender, Non-Binary, and Gender Diverse Youth and Young Adults. *Archives Of Sexual Behavior* [internet]. 2019; 49(2):645-659. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-019-01533-9>.
13. American Psychiatric Association - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
14. Organização Mundial de Saúde - OMS. ICD-11 Application programming interface (API) [internet]. 2021 [acesso em 20 mar 2022]. Disponível em: <https://icd.who.int/icdapi/>.
15. Organização Mundial de Saúde - OMS. ICD-10 Application programming interface (API). Genebra; 1993.
16. Dhejne C, Vlerken RV, Heylens G, Arcelus J. Mental health and

- gender dysphoria: a review of the literature. *International Review Of Psychiatry* [internet]. 2016; 28(1):44-57. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753>.
17. Endocrine Society, Pediatric Endocrine Society - PES. Position statement: transgender health. McLean; 2020.
 18. Ehrensaft D, Giammattei SV, Storck K, Tishelman AC, Keo-Meier C. Prepubertal social gender transitions: What we know; what we can learn - a view from a gender affirmative lens. *International Journal of Transgenderism* [internet]. 2018; 19(2):251-268. 10.1080/15532739.2017.1414649.
 19. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health* [internet]. 2022; 23:sup1:S259. DOI: 10.1080/26895269.2022.2100644
 20. Van der Miesen A, Steensma TD, Vries A, Bos H, Popma A. Psychological functioning in transgender adolescents before and after gender-affirmative care compared with cisgender general population peers. *The Journal of Adolescent Health* [internet]. 2020; 66(6):699-704. Disponível em: 10.1016/j.jadohealth.2019.12.018
 21. Grannis C, Leibowitz SE, Gahn S, Nahata L, Morningstar M, et al. Testosterone treatment, internalizing symptoms, and body image dissatisfaction in transgender boys. *Psychoneuroendocrinology* [internet]. 2021; 132:105358. Disponível em: 10.1016/j.psyneuen.2021.105358.
 22. Glidden D, Bouman WP, Jones BA, Arcelus J. Gender dysphoria and autism spectrum disorder: a systematic review of the literature. *Sexual Medicine Reviews* [internet]. 2016; 4(1):3-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.10.003>.
 23. Valdes RF, Pacheco PB, Bedregal GP. Coocurrencia de trastorno del espectro autista y disforia de género en la infancia: análisis de la identidad personal desde un enfoque psicodinámico. *Andes Pediátrica* [internet]. 2022; 93(1):99. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v93i1.3306>.

24. Coelho JS, Suen J, Clark BA, Marshall SK, Geller J, et al. Eating disorder diagnoses and symptom presentation in transgender youth: a scoping review. *Current Psychiatry Reports* [internet]. 2019; 21(11):1-10, 15. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-019-1097-x>.
25. Pardo IM, Balaguer MG, Murillo FH, Navarro EC, Izquierdo ES. Self-injurious and suicidal behaviour in a transsexual adolescent and young adult population, treated at a specialised gender identity unit in Spain. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición* [internet]. 2021; 68(5):338-345. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.endien.2020.04.009>.
26. Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 1820. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde [internet]. Brasília; 2009 [acesso em 16 set 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html

Fique Rico ou Morra Tentando - jovens e adolescentes trabalhadores do tráfico de drogas

Marisa Feffermann¹

Resumo: O capítulo discute o envolvimento da adolescência e juventude brasileira com o tráfico de drogas, mostrando esse mercado ilegal como uma estrutura de interesse do sistema capitalista e de controle das populações marginalizadas e o papel que ocupa na vida dos jovens pobres e, principalmente, negros.

Palavras-chave: Tráfico; Drogas; Exclusão Social; Adolescência e Juventude.

Introdução

O tráfico de droga é um dos negócios mais lucrativos, que emprega um contingente considerável de pessoas e, assim, depende de processos de trabalho para a sua produção, distribuição e circulação, explorando a mais-valia do trabalho humano. Afeta as esferas econômica, social, política e cultural e, por isso, varia significativamente dependendo do contexto nacional.

O tráfico de drogas é um protótipo da sociedade de consumo, expressa toda a violência nela embutida, produzindo ainda mais violência. Para Ferreira Neto¹, este tráfico é parte integrante de uma dinâmica capitalista de “acumulação via espoliação”; “um processo de produção em que se efetuam investimento de capital e trabalho para produzir mercadorias com o objetivo de vendê-las num mercado e obter lucro” (p. 39).

¹ Marisa Feffermann (mfeffermann@gmail.com) é Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (USP) e Pós-Doutora em Investigação em Ciências Sociais, Infância e Juventude pelo Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais (CLACSO), Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde.

Faria e Barros² salientam que para compreendermos o tráfico de drogas é necessário analisar três dimensões: sua relação com a economia neoliberal; o reconhecimento do sujeito inserido nesse sistema; e o funcionamento da organização em si. Ou seja, é apesar de tudo: uma atividade que gera capital e conta com um sistema organizado de produção e mercantilização desta mercadoria, as drogas.

A guerra às drogas e a segregação do território e da pobreza

A partir do início do século XXI, a “Guerra às Drogas” foi transformada em uma questão geopolítica, que se aprofundou no decorrer das décadas seguintes, nos perseguindo como modelo de intervenção até os dias atuais. A Guerra às Drogas se tornou, ao mesmo tempo, uma estratégia para a ampliação da economia neoliberal a partir do exercício do poder e da violência, e também um exercício de controle social, pois possibilita a construção de um inimigo não identificável e necessário para a manutenção desta “guerra”. Configura-se como uma guerra contra pessoas, uma guerra com ocupações militares, mortes, prisioneiros de guerra, motim de guerra, contrainformação etc.

Todavia, este modelo baseado no proibicionismo tem se mostrado ineficaz para o combate a essas substâncias, enquanto é cada vez mais rentável e incentivadora do mercado ilegal de armas e da corrupção policial, gerando mortes e um encarceramento em massa de jovens pobres e, na sua maioria, negros. A delimitação do mercado do tráfico de drogas varejistas aos territórios empobrecidos realimenta a prática excludente e segregadora da sociedade brasileira. Institui-se, sob a lógica do ideário proibicionista, uma guerra que se concretiza na execução de jovens negros e pobres e na manutenção da grande indústria ilegal de drogas.

Assim, favelas e periferias urbanas tornam-se locais estratégicos para este mercado que recruta os jovens moradores como mão de obra. Na favela, existe uma estrutura social com imensas diferenças internas; a maioria dos seus habitantes são trabalhadores ou desempregados e um

pequeno percentual dedica-se às atividades criminosas. Todavia, a lógica criminalizadora do Estado produz e reproduz o preconceito de que todos os moradores passam a ser vistos como criminosos. Reproduzir o estigma da favela como “local do mal” significa ignorar o universo social e cultural produzido por seus moradores; a vida pulsante que corre diariamente por suas ruas e vielas e a rede de sociabilidade e solidariedade ali construída. Significa ignorar uma história de organizações e de lutas e tudo o que os moradores dos territórios periféricos e morros representaram e representam para a construção do país; implica em reproduzir a segregação espacial que tanto estigmatiza os moradores destes territórios.

- “Guerra” como um sistema econômico e de controle social:

Desta forma, o controle de drogas é uma forma do Estado exercer e expandir o seu domínio sobre a conduta dos homens e das populações no sentido mais amplo. Isso se soma ao projeto de “saneamento da sociedade”, que propõe disciplinar o uso dos espaços públicos e particulares. O campo da Lei passa a conter os dissonantes, os perigosos, os anormais, os subversivos.

Com essa realidade, uma economia produtora e reprodutora do controle do crime surge, gerando empregos úteis e dando potência a inúmeros setores da economia legal. Uma “guerra” que o Estado direciona contra uma parte de seus próprios cidadãos que “custam menos que a bala que os mata”, “os ninguéns” (“*los nadies*”), descritos por Eduardo Galeano³.

O tráfico de drogas^{II} é parte integrante do sistema econômico vigente; é a partir da “lavagem de dinheiro” que circulam incontáveis quantidades de dólares para a manutenção do sistema. Constitui-se enquanto uma economia “ilegal” sem nenhum mecanismo de regulação; uma in-

II Importante ressaltar que o tráfico de drogas, uma das questões mais polêmicas da sociedade atual, não é um fenômeno recente. O consumo de drogas sempre existiu, desde os primeiros tempos da humanidade, para fins religiosos, terapêuticos ou mesmo alimentícios, como descreve Escotado^{4,6} e Olmo^{7,8}. O problema é a dimensão que o comércio de drogas atingiu nas últimas décadas e sua importância política e estratégica, principalmente com o advento da Globalização - realidade estudada por pesquisadores de vários países.

dústria que necessita de uma grande estrutura, envolvendo interligações entre países, pois seu processo exige: plantação, transporte, distribuição, transformação química, empacotamento e várias outras atividades. Interessa notar que alguns fatores serão imprescindíveis para o crescimento da indústria do tráfico, como a manutenção de redes internacionais para o escoamento de produto ilegal, a conquista de territórios (áreas de influência), a confecção de códigos de conduta intragrupoais em organizações hierárquicas; a solução frequentemente violenta de disputas; a influência no aparato repressivo estatal, e, em outras instâncias de governo⁴.

Junto a essa economia, o processo de demonização do tráfico de drogas fortaleceu os sistemas de controle social: a violência policial é imediatamente legitimada se a vítima é um suposto traficante. Assim, o mercado de drogas ilícitas propiciou uma concentração de investimentos no sistema penal, uma concentração dos lucros decorrentes do tráfico e, principalmente, o argumento para uma política permanente de genocídio e violação dos direitos humanos contra as classes sociais vulneráveis⁵ (p. 145).

O medo e a insegurança, propagados pelos meios de comunicação, produzem um sentimento de desamparo e de pânico social, legitimando atitudes que podem corresponder, mesmo que de forma imaginária, a sensação de segurança. O aumento da repressão estatal é justificado como a forma do Estado garantir segurança para os cidadãos; associa-se o *locus* do tráfico de drogas varejista à favela, à criminalidade, a pobreza passa a ser criminalizada e é alvo das políticas de repressão, segregação e controle social; com esses estigmas reforçados, o resultado é um reforço da opinião pública para que o “mal”, representado pela droga/traficante/favela, seja eliminado, reproduzindo e internalizando a lógica do autoritarismo. Justifica-se, assim, intervenções autoritárias do Estado, com a invasão de domicílios, execuções sumárias, prisões arbitrárias, torturas etc.; promovendo imensas violações aos moradores dos territórios e favelas periféricas das grandes e agora, também, das médias cidades; como uma forma de proteger a “segurança da sociedade”.

- Punitivismo, Sistema Penal e Corrupção:

Na perspectiva de garantir a manutenção de uma ordem social pautada na rígida hierarquização, o Sistema Penal brasileiro legitima a permanência da antiga truculência do sistema punitivo; ou seja, a contenção das classes populares, que se constitui, assim, como a nova classe perigosa. O pequeno traficante transforma-se, pelo discurso do oficial, no responsável por toda a violência que perpassa a nossa sociedade. Assim, o antigo “inimigo interno”, o subversivo ou “terrorista” da época da Ditadura Militar, desloca-se agora para o jovem traficante, o novo “terrorista”, reforçando a lógica bélica de combate às drogas, que é intensificada.

O comércio de drogas tornou-se hoje, portanto, sinônimo de “guerra interna” em muitas partes do país. Nesse sentido, a droga se converte no grande eixo moral-religioso-político-étnico da reconstrução do inimigo interno; ao mesmo tempo em que produz dinheiro para o Capitalismo de Guerra. Este modelo bélico produz marcas no Sistema Judiciário e a banalização da morte. Os mortos desta guerra são jovens, negros/índios e pobres⁵. Nesta perspectiva, pode-se pensar que verdadeiro “crime organizado” está na gênese e essência do próprio Capitalismo e é apresentado indiscriminadamente como “obra dos pobres”, significando risco de prisão ou morte para estes, enquanto para os grandes atacadistas significa o aumento do lucro. Enquanto o mercado varejista é perseguido, os grandes produtores permanecem intactos.

Essa atividade ilegal parece sustentar as corporações policiais, seja diretamente através de propinas e extorsões que permitem a complementaridade do salário desses agentes públicos, seja indiretamente através de trocas políticas que acabam forçando à aquisição de novos equipamentos e o recrutamento de novos policiais. A corrupção policial é um elo determinante para a manutenção do negócio do tráfico de drogas, pois para que este continue operando, muitas vezes a renda gerada é compartilhada com agentes do próprio sistema de Segurança e Justiça Criminal, em que acordos financeiros são necessários.

Hirata⁶ aponta que a territorialização do tráfico de drogas é propor-

cional à territorialização das Delegacias de Polícia. Segundo o autor, os policiais encarregados dos territórios de responsabilidade de cada uma delas sabem exatamente onde seu território de tráfico funciona, além de manter contato frequente com os responsáveis pela venda de droga.

O Primeiro Comando da Capital (PCC), hoje, monopoliza o tráfico de drogas em São Paulo, se organiza a partir de 1993, depois do massacre que resultou na morte de 111 presos no presídio extinto Carandiru, reivindicando os mesmos direitos das organizações do passado. As sucessivas prisões dos traficantes mais velhos e experientes, a partir de 1986/1987, abriu caminho de transição para um tipo de dominação que envolve agora a juvenilização do movimento. Atualmente atua na estabilização das trocas deste mercado ilegal por meio de sua relação com a polícia, a qual é a chave para o entendimento das condições de existência de pontos de venda dessas substâncias nos territórios.

Hoje, o PCC faz, no sistema carcerário, o papel que deveria ser do Estado, dando condições mínimas de segurança, higiene e saúde aos detentos dos diversos presídios superlotados, garantindo sabonetes, colchões, cigarros, divisão de presos e espaços nas celas e, em muitas situações, arbitrando sobre os problemas internos entre detentos, por meio de conversas e, até, com punições. Cabe ao PCC, também, providenciar transporte aos familiares para visitas a detentos que estão cumprindo pena longe das cidades de sua residência. O resultado prático do poder exercido por esta facção inclui a proibição do uso de *crack* nos presídios, os trâmites instaurados para execuções de “desafetos” internos no sistema e a burocracia criada para o “bom andamento” do dia a dia no crime.

A generalização da extorsão policial e da compra de mercadorias políticas contribuiu para a reprodução ampliada das redes e para a generalização do emprego da violência na resolução de conflitos. Nas periferias da cidade de São Paulo pode-se notar a ausência e a ineficácia do Estado em cumprir o seu dever, criando um vácuo para que, tanto o lado corruptível do Estado, quanto a organização do crime se entrelacem, produzindo uma ambiência de terror.

O Estado, desta maneira, utiliza-se da prerrogativa de uso legítimo da violência para reforçar organizações que facultam a manutenção ou a expansão de seu poder. Estes grupos reúnem condições para construir relações sociais subjacentes à marginalidade, também internamente nos presídios, especificamente em relação ao crime. Assim, os valores do processo de sociabilidade possuem traços idênticos aos da sociedade externa, na qual as relações de trabalho ocorrem como forma de exploração; ou seja, por atitudes despóticas apresentadas por traficantes-chefe se impõe o respeito pelo medo, ou pelo paternalismo que dissimula o excesso de autoridade sobre a forma de proteção que um grupo mantém estruturado.

O PCC utiliza-se, para a resolução dos conflitos cotidianos, de mediações feitas pelo “irmão” responsável pelo território, o “Disciplina”, utilizando-se de tribunais extralegais (os “debates”) para realizar seus julgamentos^{7,8}. Nas periferias, o termo a “quebrada está largada” ecoa em várias situações e é proferida por vários atores referindo-se ao aumento de pequenos roubos que ocorrem com os moradores do território e outras situações quando esta mediação de conflito do PCC não é realizada, evidenciando a sensação de abandono, embora seja preciso evidenciar a especificidade de cada região e suas diferenças. No entanto, em relação ao tráfico de drogas e outras atividades ilegais, esta facção continua em expansão, inclusive internacional.

Juventude e adolescente e elo mais frágil da engrenagem do tráfico

Juventude, como uma produção social, perpassada pelas estruturas e antagonismos de classe, raça, cor, etnia, gênero, história, cultura⁹, deve ser pensada como “juventudes”, considerando a polissemia do conceito¹⁰. Ser adolescente e jovem, por suas características, perplexidade e ambivalência que alterna dúvidas e construções de certezas, manifesta descontentamento ou reações por formação de culturas juvenis e, assim, surge como categoria propícia para simbolizar os dilemas contemporâneos.

Nos jovens, o desejo de experimentar “o novo” está acompanhado por incertezas, pela avidez de conhecimentos, pelo espanto e indefinições cotidianas de uma realidade que, simultaneamente, atrai e atemoriza. A um só tempo, adolescentes e jovens aparecem como retrato projetivo da sociedade, condensando angústias, medos, assim como esperanças em relação às tendências sociais percebidas no presente e aos rumos que essas tendências imprimem para a conformação social futura.

A sociabilidade do jovem passa a ser totalmente relacionada à contemporaneidade e a violência pode corresponder, sob formas variadas, a esforços de afirmação e de participação em um mundo contraditório. Todavia, é o quadro da grande desigualdade existente na sociedade brasileira um dos principais fatores que vem inviabilizando a realização do potencial de adolescentes e jovens. A vulnerabilidade social está relacionada à idade, por terem sido aviltados em seus direitos e sofrerem os efeitos desta violência, mas também por não terem opção de trabalho no mercado legal. Sofrem, assim, a violência relacionada à violação de direitos fundamentais de saúde, educação, habitação, cultura etc., além da violência simbólica da exclusão, perpassada por representações sociais e estigmas depreciativos associados à condição de adolescente, principalmente quando associada à pobreza.

Os jovens empobrecidos pela sociedade capitalista vivem sob o risco real e concreto, que se intensifica pelo *ethos* hegemônico da masculinidade, configurado pelas armas de fogo e pelo tráfico de drogas e armas. Este modelo de constituição do masculino traz consequências para a saúde e para a vida, podendo ser considerado como fator de vulnerabilidade que gera vítimas e, por vezes, também agentes da violência.

Morelba¹¹ e Cecchetto¹² discutem essas conexões entre gênero e violência num contexto de desigualdade e opressão. Apontam para a hegemonia de um *ethos* de masculinidade construído a partir de valores patriarcais e machistas que associam masculinidade viril à competição e violência, reforçando características que perpassam o adolescente/jovem, como o gosto pelo risco, o desejo de onipotência, a busca de limites, a formação de grupos, a busca de modelos de identificação.

Essa cultura viril, esse *ethos* é justamente o que tem predomínio no tráfico de drogas. São jovens que, de um lado, vivem o risco de

serem mortos e, de outro, usam a violência como uma forma de serem reconhecidos. A arma é sinônimo de status, de poder, simboliza a virilidade, atrai as mulheres, incidindo sobre o imaginário dos adolescentes que se encontram numa fase de busca da identidade. A “exclusão social” ou inclusão marginal, a necessidade de serem reconhecidos, o desejo de pertencer, fato de serem jovens e a necessidade de correrem riscos e da transgressão são alguns dos ingredientes que levam jovens urbanos a se integrarem no universo das gangues e do tráfico de drogas; um universo associativo ambíguo, cheio de refúgios e esconderijos, mas que só se realiza por ações espetaculares.

- Adesão ao tráfico de drogas:

Nas pesquisas realizadas sobre o tráfico de drogas, um ponto é comum é o fato de tanto adolescentes como jovens necessitarem de reconhecimento social para construção de uma identidade e visibilidade social. Assim, ingressam no tráfico e conhecem as vantagens e desvantagens desta ação, tornando-se alvo fácil dos policiais, dos traficantes e da sociedade. Assis¹³ confirma esta percepção quando registrou, a partir de entrevistas realizadas com adolescentes que trabalhavam no tráfico de drogas, que “os motivos básicos que justificam sua entrada no tráfico são: dinheiro, mulher e respeito”.

Também a alta rentabilidade, a possibilidade de ascensão na estrutura hierárquica da organização, além do status que o tráfico de drogas propicia são fatores atrativos para a entrada no tráfico, associados ao declínio de oferta de trabalho para adolescentes¹⁴. Outros elementos que contribuem para esta inserção são: a precarização da vida dos adolescentes e jovens em relação a falta de acesso à educação de qualidade, à cultura, esporte e lazer, além da dificuldade de inserção no mercado de trabalho.

No entanto, segundo Feltran⁷, o ingresso, não ocorre somente por critérios de bens de consumo com obtenção do dinheiro, mas de *status* simbólico de obter respeito, prazer, e uma lista ampliada de objetivos; em

suma oferece um lugar no mundo para os mais jovens, com “renda, códigos de sociabilidade, *status* e justiça” (p. 169), em que “o próprio tráfico de drogas passa a nomear suas atividades a partir do léxico do trabalho: a firma, o gerente, os turnos, os patrões etc. (p. 167).

- Tráfico como trabalho:

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) enfatiza que muitas crianças e jovens estão envolvidos nas piores formas de trabalho infantil existentes e, para tratar destas circunstâncias, torna-se urgente a erradicação destes tipos de trabalho. Por isso, em 1999, publicou a Convenção 182, que trata da “Proibição das Piores Formas de Trabalho Infantil”, e a Recomendação 190, que estabelece “Ação Imediata para sua Eliminação”.

É importante ressaltar que o termo “criança” para o Brasil designa toda pessoa menor de 18 anos. Desta forma, entre as atividades, listadas taxativamente pela OIT, se encontram “a utilização, recrutamento e oferta de adolescente para outras atividades ilícitas, particularmente para a produção e tráfico de drogas”¹⁵ (artigo 4º- III), conforme os Decretos no 3.597¹⁶ promulgados pelo governo brasileiro como Estado signatário em 2000 e o Decreto no 6.481 de 2008 que institui a lista das piores formas de trabalho infantil. Os dois decretos consideram que “a utilização, recrutamento e oferta de adolescente para outras atividades ilícitas, particularmente para a produção e tráfico de drogas” integra uma das piores formas de trabalho; em que a expressão “as piores formas de trabalho infantil” se refere àquelas formas de trabalho consideradas perigosas para o desenvolvimento saudável de quem se encontra em uma fase importante e peculiar da vida:

“a) todas as formas de escravidão ou práticas análogas à escravidão, tais como a venda e tráfico de crianças, a servidão por dívidas e a condição de servo, e o trabalho forçado ou obrigatório, inclusive o recrutamento forçado ou obrigatório de crianças para serem utilizadas em conflitos armados;

b) a utilização, o recrutamento ou a oferta de crianças para a prostituição, a produção de pornografia ou atuações pornográficas;

c) a utilização, recrutamento ou a oferta de crianças para a realização de atividades ilícitas, em particular a produção e o tráfico de entorpecentes, tais com definidos nos tratados internacionais pertinentes;

d) o trabalho que, por sua natureza ou pelas condições em que é realizado, é suscetível de prejudicar a saúde, a segurança ou a moral das crianças”¹⁶ (Artigo 3º).

Está-se diante de uma contradição entre os dois instrumentos normativos acima apresentados e o princípio fundamental do Estatuto de Criança e do Adolescente (ECA)¹⁷, que prevê a “proteção integral” da criança e do adolescente. Essa ambiguidade jurídico-normativa faz com que esses jovens sejam vistos como suspeitos de prática infracional e não vítimas de exploração de um sistema perverso que ceifa vidas e sonhos, todos os dias¹⁸, pois o tráfico é forma de inserção ilegal no mundo do ‘trabalho’ e tem servido para a acumulação do capital.

O crescimento do desemprego estrutural lança uma parcela da população para a economia informal. A reestruturação produtiva do Capitalismo no âmbito neoliberal teve consequências no mundo do trabalho, provocando o desemprego estrutural, a flexibilização e precarização das relações trabalhistas, favorecendo uma “uberização” e afetando principalmente os adolescentes e jovens. Desta forma, os mecanismos de regulação social, engendrados pelo mundo do trabalho formal se esvanecem.

O tráfico de drogas, como qualquer indústria, funciona sob esta mesma lógica: os ‘trabalhadores,’ em todas as etapas de produção, são sacrificados e passam pela mesma dominação e sofrimentos advindos das condições sociais injustas que se reproduzem na sociedade, com o valor da força de trabalho que, no caso do tráfico, pode de forma explícita significar a própria vida^{4,19-21}. Assim, entende-se o tráfico como forma de organização aqui denominada de ‘trabalho,’ informal e ilegal, que emprega grande número de jovens na sua estrutura de 4 etapas: uma indústria transnacional de produção/fabricação; de distribuição; de comercialização de todo o tipo de drogas catalogadas por uma comunidade de países como ilícitas; além da lavagem de dinheiro, que amarra todas as etapas

anteriores da cadeia de drogas, que é necessária para a legitimação do dinheiro captado e crucial para a comercialização, posto que liga a economia formal à ilegal ao reciclar o dinheiro no sistema financeiro legal, etapa em que os jovens não participam.

Os adolescentes e jovens inscritos no tráfico de drogas⁴ são considerados, com o empenho da indústria cultural, os responsáveis pela violência e a um só tempo também se constituem como as principais vítimas das mortes violentas das estatísticas policiais. Em alguns momentos são indispensáveis, depois são descartáveis, nas conexões internacionais da “indústria” do tráfico de drogas, que oculta os reais beneficiados com essa, já que é um dos setores mais lucrativos da economia mundial. A realidade do tráfico de drogas tem, assim, os adolescentes e jovens como os seus principais protagonistas, tanto como vítimas, quanto como algozes; jovens e adolescentes que são um apêndice, ora indispensáveis, ora descartáveis das conexões internacionais e ocultam os reais beneficiados com esse que é um dos setores mais lucrativos da economia mundial.

A juventude e a adolescência constituem o elo mais frágil desse tipo de mercado, como uma forma de trabalho, de acesso a bens econômicos e de consumo, bem como de reconhecimento por fama, em especial entre grupos de pares ou à comunidade de pertença próxima. Em uma conjuntura em que a falta de emprego e a inclusão marginal na vida social, cultural e moral convivem com um apelo cada vez mais intenso ao consumo, adolescentes e jovens podem encontrar nos negócios ilegais uma alternativa para se constituírem enquanto membros da mesma lógica da sociedade capitalista: são respeitados por aquilo que possuem, pelo poder que exercem, inclusive pela arma. São legitimados pelos mesmos ícones: competição, poder, astúcia, mulher, dinheiro, arma, carro, entre outros. Constitui-se, assim, uma sociabilidade, na qual a inserção ocorre por intermédio de elementos de legitimidade semelhantes que ressignificam os modelos do discurso dominante; são relações sociais que podem agrupar condições para relações sociais subjacentes à condição marginal e, nesta situação específica, subjacente ao tráfico de drogas^{4,19}. Para os jovens que ‘trabalham’ no tráfico é a possibilidade de um lugar de continência; constituem-se formas de lidar com os conflitos que ocorrem em um grupo que, sob condição marginal, busca sobrevivência e garantia de poder.

No entanto, o custo social da venda das drogas recai sobre esses jovens, o que já se consolidou historicamente o estereótipo de delinquente; jovens que ficam vulneráveis à morte prematura em consequência de conflitos com arma de fogo. E é neles que se materializa a imagem do perigo, da ameaça, da violência. Adentram neste universo para adquirir respeito, reconhecimento. A violência policial e as atitudes racistas e discriminatórias da sociedade reforçam de forma veemente este quadro de tensão socioespacial existente nas grandes cidades.

- Especificidade do trabalho no tráfico:

Os pontos-de-venda de drogas, as “bocas”, estão espalhados por toda cidade de São Paulo; cada um com características específicas em relação ao produto, à procura, à administração. Esta situação justifica uma estrutura bélica necessária para enfrentar o sistema repressor e a concorrência quando se busca ampliar o comércio. Na realidade, cria-se um círculo vicioso, em que a quantidade e a natureza das armas também indicam e mantém o ponto-de-venda em destaque. Pode-se considerar que as drogas e as armas são fatores que determinam o poderio do ponto-de-venda e a conquista de mercados e a busca de lucros são a razão de todo esse processo de competição. Estrutura-se paralelamente uma sociedade que estabelece as mesmas condições de dominação que a sociedade em geral; ou seja, uma forma em que sobrevive o mais “forte”, o mais “esperto”.

Este “trabalho” é também alienado e mediatizado pela economia burguesa. A diferença, ou melhor, o grau, é o valor da força de trabalho, que, no caso do tráfico, pode de forma explícita significar a própria vida. Desta forma, pode-se perceber como as relações no tráfico aparecem, de forma exacerbada, semelhantes às que ocorrem nas relações de trabalho legais; o valor da força de trabalho, representado pelo salário, no caso dos jovens do tráfico, é a porcentagem da venda da droga e o valor que cria durante o processo de trabalho; é a mais-valia, o valor excedente apropriado pelo capitalista.

Como nas empresas que não garantem condições mínimas de trabalho e sugam do funcionário qualquer benefício e direitos, historicamente obtidos por meio de várias lutas sindicais, o tráfico promete

benefícios e garantias aos seus funcionários, mas, em troca, os aprisiona em uma dívida interminável. Também os mecanismos discursivos são similares, embora, no tráfico, a consequência seja que o jovem se emaranha cada vez mais no crime. Os patrões expõem, de forma crescente, seus funcionários e, se houver alguma “falha no trabalho”, matam ou mandam matar, não há diferença: o jovem é “demitido” da vida.

A mesma semelhança ocorre no processo de trabalho: o “Patrão”, dono do ponto de venda, contrata o “Gerente”, pessoa de sua confiança, que deve ser exemplar e responsável pela contratação do restante dos trabalhadores. O “Gerente”, intermediário entre patrão e empregados, é o organizador dos trabalhos, é quem contrata os “trabalhadores”, quem os abastece com drogas, quem cuida para que o ponto não fique sem “vendedor”, quem acerta as contas depois do trabalho. Apesar de ser de confiança do “Patrão”, o “Gerente” sempre tem outro “funcionário” observando suas atitudes e a hierarquia do tráfico é rígida e constituída comumente por: patrão, gerente, vendedor, “avião” e um “olheiro”, estes últimos, respectivamente, o que trazem e entregam a droga e um último que vigia em alerta o que está ocorrendo⁴. Porém, dependendo do tamanho do ponto-de-venda, isto é, da quantidade de droga que é vendida, a hierarquia pode modificar-se.

Assim, o tráfico de drogas mantém a mesma estrutura de cargos e salários de um trabalho legal, com uma divisão de trabalho permeando as relações entre os trabalhadores e o produto, com tarefas específicas, distribuídas para serem exercidas com responsabilidade, pois o preço do não cumprimento da tarefa pode ser muito alto e até com a morte.

No dia a dia, o Patrão entrega a droga em consignação aos gerentes, que devem prestar-lhe contas ao final do dia ou no dia seguinte; e o Gerente distribui a mercadoria em seus pontos-de-venda, que prestam contas no mesmo dia. Em algumas situações, datas especiais, ou para manter a posição, o Patrão realiza festas com abundância de alimentos e bebidas para os funcionários e suas famílias, geralmente em lugares públicos para mostrar seu poderio, convidando outros traficantes da região para o evento.

O maior entrave e inimigo do ponto-de-venda de drogas é a polícia. Por isso, há sempre uma estratégia montada para garantir a manutenção

do “comércio”: um dos mecanismos é o pagamento aos policiais para que o “trabalho” ocorra sem problemas; porém, como nem todos os policiais aceitam este “acerto” e nem todos os traficantes se propõem a pagar policiais, uma das funções do Gerente, dono do ponto, é tentar fazer acordo com policiais, que às vezes também são feitos pelos próprios vendedores. Nos pontos-de-venda maiores as estratégias são complexas, havendo responsáveis só para esta função.

Desta forma, o tráfico é organizado e para quem não cumpre os pagamentos e funções previstas, as consequências são severas, pois há uma contabilidade rígida e controlada da movimentação da mercadoria, em que o vendedor, a partir das anotações realizadas em uma caderneta, presta contas do movimento do dia.

Da mesma forma que a venda, o processo de embalagem, que implica na origem da droga, identifica o Patrão. Por este motivo, a embalagem não pode ter nenhuma alteração, pois em caso de reclamação sobre o produto, a responsabilidade caberá ao vendedor.

Quanto à boca (ponto-de-venda), não se estabelecem lugares fixos, pois este é um meio para se evitar a batida da Polícia. O Gerente fica responsável por fazer um rodízio de lugares, para que os pontos não fiquem visados.

A troca de turno também é o ponto-chave nos pontos de venda e todos os passos devem ser dados com a maior precisão para que não haja confusão e para que os jovens inocentes não sejam culpados por erros que não cometeram. A duração do “trabalho” do tráfico é contínua, de 24 horas, com turnos por vendedor de 8 a 10 horas. Nos pontos-de-venda com muito movimento, o turno é menor, pois é preciso garantir a segurança optando por turnos menores nesses locais e, também, realizando acerto com a polícia responsável pelo território, visto que são muito visados e vários policiais passam por lá⁴.

O “funcionário” que exerce a função de vendedor tem uma rotina que se inicia com a troca de turno, que recebe do Gerente ou outro funcionário a droga necessária para a venda do dia. Além de serem responsáveis pela mercadoria e prestação de contas, cabe a esses “vendedores” também resolver dívidas com usuários, roubo nos pontos de droga e, por vezes, os tratos com a polícia.

O jovem que tem o papel de “olheiro” e faz a segurança do vendedor, pode ou não andar armado, pois o aviso sobre a aproximação de suspeitos e da própria polícia é de sua responsabilidade. Os que preferem andar desarmados e sem droga ou dinheiro fazem esta opção para não serem presos em flagrante, permanecendo em apenas em “campana”, vigia.

Os jovens que ficam expostos à prisão geralmente são os que estão há menos tempo no tráfico, como vendedores ou “aviões”. Raramente são presos os envolvidos há mais tempo e, quando isto ocorre, a prisão não se deve ao tráfico e sim a algum homicídio cometido. A prisão por tráfico geralmente se deve à disputa de pontos, no estabelecimento de pontos de cobrança ou de prospecção. Por isso quem mais se expõe é o vendedor, que está sempre em contato direto com a mercadoria. Nessa situação ele pode ser preso, morto ou apenas apanhar da polícia, quando é substituído por jovens que ficam de plantão para esta função. Assim, a substituição também se constitui como forma de dominação.

Assim, todo o processo de trabalho contém elementos que podem ser identificados no “trabalho” do tráfico: o trabalho em si, atividade produtiva, cuja finalidade é a venda de um produto ilícito; e o objeto sobre o qual o trabalho é realizado, a droga ilícita. São o elo entre o dono do ponto-de-venda e os consumidores, fregueses da droga.

Toda essa força de trabalho, sob a égide do valor de troca, dá a possibilidade de substituição dos ocupantes de todos os seus postos de trabalho, realizando uma ascensão para os que substituem e descartando os substituídos. Os trabalhadores são tratados como objetos que podem ser descartados e essa insegurança se soma ao risco físico. São esses jovens traficantes que garantem a circulação da droga, são contratados para assumir o risco maior: de serem detidos ou mortos pelos policiais.

Frise-se que estes jovens, ao realizarem o processo de trabalho, estabelecem entre si determinadas relações: de colaboração e ajuda mútua, de exploração, ou de transição entre os dois extremos. São estas relações do processo de trabalho que determinam o caráter que este assume em uma sociedade historicamente determinada.

Neste grupo sentem-se respeitados, estão na comunidade e entre os jovens que se conhecem, ou como eles denominam “coleta”. Partilham problemas parecidos e buscam alguma proteção nas situações adversas.

Em alguns momentos, percebem o que significa ter um sentimento de coletividade, pois procuram sempre chamar alguém, para não ficarem sozinhos; têm medo de morrer e, talvez, tenham uma fantasia de que estando com alguém estarão protegidos, driblando a morte.

Na força de trabalho destes jovens está embutido o risco, têm obrigações e seguem regras de trabalho, por meio de um contrato verbal, em que assumem o compromisso de lealdade, proteção e anonimato do Patrão.

A arma é o instrumento de garantia da segurança do “vendedor”; por isso, alguns pontos-de-venda oferecem-na ao “trabalhador”, como garantia, em outros o trabalho envolve assumir o risco. Vivem a ilegalidade, o sigilo e a necessidade de estar em constante estado de alerta. E, também, por causa disto, são reconhecidos e respeitados.

As relações existentes no tráfico de drogas também visam o lucro e a manutenção do poder vigente, esses jovens, homogeneizados pela indústria cultural e inscritos nas relações do tráfico, buscam pela aquisição de bens, reconhecimento e valorização social. Respondem à promessa constante da indústria cultural, na qual o consumo materializa o poder. Estes jovens correspondem à expectativa da sociedade atual.

- Saldo desta “guerra” - criminalização do jovem negro morador de territórios periféricos:

Os custos desta guerra podem ser verificados a partir dos dados das mortes e do número de jovens encarcerados no Brasil, símbolos do Estado Penal instalado, que busca controlar os efeitos desastrosos das políticas neoliberais. A partir do levantamento anual realizado pelo Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), Cifali e Souza²² apontam que, no ano de 2022, no país, 6.254 adolescentes e jovens foram privados de liberdade, condenados por atos infracionais análogos ao tráfico de drogas. Além disso, nas Medidas Socioeducativas em Meio Aberto, aproximadamente 25.000 haviam sido condenados por atos análogos ao tráfico de drogas.

Também é fator preocupante o número de mortes de adolescentes explorados pelo tráfico de drogas: o “Altas da Violência de 2022”²³ aponta que 51,8% dos óbitos de pessoas entre 15 e 19 anos se deu por homicídio.

Em “Um Tiro no Pé: Impactos da Proibição das Drogas no Orçamento do Sistema de Justiça Criminal do Rio de Janeiro e São Paulo”, Lemgruber e colegas²⁴ apresentam os custos do proibicionismo das drogas arcados pelas instituições de Justiça Criminal dessas duas unidades federativas ao longo de 2017 nessa atividade improdutiva: R\$ 5,2 bilhões de reais drenados.

Cerqueira²⁵, no estudo sobre o custo de bem-estar social dos homicídios relacionados ao proibicionismo das drogas no Brasil, analisando o impacto das mortes ocasionadas no campo da Saúde e Economia, estimou que essas mortes violentas causam perda na expectativa de vida ao nascer de 4,2 meses, totalizando uma perda de 1,148 milhão de anos potenciais de vida perdidos devido a essa tragédia no país, que correspondem a cerca de R\$ 50 bilhões anuais, ou 0,77% do PIB. Assim, segundo este estudo, a proibição de determinadas drogas psicoativas e a subsequente repressão pelo poder público redundam em milhares de mortes por ações violentas no Brasil a cada ano e ainda que estimamos a perda de bem-estar econômico, uma vez que a morte prematura devido a tais violências gera não apenas diminuição de renda e de consumo, mas ainda risco de vida, cujo valor intangível pode ser monetizado. Ainda, segundo Cerqueira²⁵ (p. 31):

“O proibicionismo e, em particular, a guerra às drogas é a forma mais eficiente de desperdiçar recursos públicos e sociais. De fato, a estratégia de reprimir a oferta de drogas pelo caminho da repressão já nasce fadada ao fracasso. O modelo baseia-se na ideia geral que a prevalência de homicídios afeta o consumo e a geração de renda não apenas das vítimas, mas de toda a sociedade, uma vez que essas vítimas indiretas verão suas chances de sobrevivência mudarem.” (p. 31)

Considerações finais - e os jovens...

Nesta realidade, em que a vidas destes jovens são descartáveis, como sobrevivem? Nas “quebradas largadas” os jovens vão buscando formas de se enredar no emaranhado de cobranças que a sociedade os impõe. A cultura do consumo, onde se vale o quanto tem, tentam corresponder ao apelo dos meios de comunicação e da sociedade em geral sob a égide do capital. O consumismo para Bittencourt²⁶ (p. 104) subverte as necessidades naturais dos sujeitos e as torna “uma experiência de satisfação incontrolável de desejos estimulados pelo próprio sistema social de difusão publicitária das grandes marcas”²⁶ (p. 104). O que está por trás de todos esses “desejos” de obter cada vez mais coisas, é a própria necessidade do capital em se valorizar e se multiplicar.

E, para isso, necessitam das formas ilegais para alcançá-las, considerando que o horizonte de obter a promessa de se “humanizar” pelos meios legais se mostra inalcançável. Alguns jovens têm atitudes que se rebelam contra a ordem estabelecida pelo PCC, como roubar na quebrada, mas quando, em situações limites o “comando” é acionado, a correlação de forças determina quais são as regras do jogo. O partido continua sendo idealizado, por tudo que representa, no entanto aspiram à ascensão social, que muitas vezes é individual. São jovens que nasceram sob a vigência da lógica do PCC e a ordem instituída, que como jovens tentam contrapor e afrontar. Vivem um duplo movimento, que contrapor a ordem estabelecida e buscar pertencimento ao mundo do crime que o comando significa. Um processo conflitivo que os torna cada vez mais vulneráveis e reféns de uma sociedade que os considera matáveis²⁷. São desumanizados, tornam-se objeto de uma lógica que nega a sua existência. Para Lessa²⁸,

“a desumanidade está em ser uma sociedade na qual o humano não tem lugar – a não ser quando o humano pode ser transmutado em mercadoria [...]. E, portanto, tudo aquilo que é humano e não pode ser convertido em fonte de lucro está excluído da sociedade. O capitalismo é o lar de mercadorias, não das pessoas humanas” (p. 10).

O que nos faz refletir sobre uma frase que é ecoada pelos jovens em vários territórios da vulnerabilizados: “Fique rico, ou morra tentando”. Na sua rebeldia, obedecem a lógica estabelecida.

Referências

1. Ferreira Neto NJ. Estado, narcotráfico e sistema financeiro: algumas aproximações [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
2. Faria AAC, Barros VA. Tráfico de drogas: uma opção entre escolhas escassas. *Psicol. soc.* 2011; 23(3):536-544.
3. Galeano E. Los Nadies [internet]. [acesso em 10 jun 2023]. Disponível em: <http://pensador.uol.com.br/frase/Njc2OTk1/>
4. Feffermann M. Vidas arriscadas: o cotidiano dos jovens trabalhadores do tráfico. Petrópolis: Vorazes; 2006.
5. Batista VM. Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Freitas Bastos; 1998.
6. Hirata DV. Sobreviver na adversidade: entre o mercado e a vida [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
7. Feltran GS. Fronteiras da tensão: política e violência nas periferias de São Paulo. São Paulo: Editora da Unesp; 2011.
8. Biondi K. Junto e misturado: uma etnografia do PCC. São Paulo: Terceiro Nome; 2010.
9. Groppo LA. Juventude: ensaios sobre sociologia e história das juventudes modernas. Rio de Janeiro: DIFEL; 2000.
10. Pais JM, Lacerda MPC, Oliveira VHN. Juventudes contemporâneas, cotidiano e inquietações de pesquisadores em Educação - uma entrevista com José Machado Pais. *Educar em Revista.* 2017; 654:301-313.
11. Morelba JG. Elementos para la construcción de la masculinidad: sexualidad, paternidad, comportamiento y salud reproductiva. In: Briceño-León R, Minayo MCS, Coimbra Junior CEA, coordenadores. *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 361-367.

12. Cecchetto FR. *Violência e estilos de masculinidade*. Rio de Janeiro: Ed. FGV; 2004.
13. Assis SG. *Traçando caminhos numa sociedade violenta: a vida de jovens infratores e seus irmãos não infratores*. Rio de Janeiro: Fio-cruz; 1999.
14. Dowdney L. *Crianças do tráfico: um estudo de caso de crianças em violência armada organizada no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: 7 Letras; 2004.
15. Brasil. Decreto nº 6.481. Regulamenta os artigos 3o, alínea “d”, e 4o da Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que trata da proibição das piores formas de trabalho infantil e ação imediata para sua eliminação, aprovada pelo Decreto Legislativo nº 178, de 14 de dezembro de 1999, e promulgada pelo Decreto nº 3.597, de 12 de setembro de 2000, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 12 jun 2008.
16. Brasil. Decreto nº 3.597. Promulga Convenção 182 e a Recomendação 190 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre a Proibição das Piores Formas de Trabalho Infantil e a Ação Imediata para sua Eliminação, concluídas em Genebra, em 17 de junho de 1999. *Diário Oficial da União*. 12 set 2000.
17. Ministério da Família e da Mulher (BR). *Estatuto da criança e do adolescente (ECA)*. Brasília (DF); 2022.
18. Galdeano AP. *Tráfico de drogas entre as piores formas de trabalho infantil: mercado, famílias e redes de proteção social*. São Paulo: CEBRAP; 2018.
19. Silva JS, Urani A. *Crianças no narcotráfico: um diagnóstico rápido*. OIT Brasil. Brasília; 2002.
20. Grillo CC. *Coisas da vida no crime: tráfico e roubo em favelas cariocas [tese]*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2013
21. Malvasi P. *Interfaces da vida loka: um estudo sobre jovens, tráfico de drogas e violência em São Paulo [tese]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.
22. Cifali AC, Souza MS. *Tráfico de drogas: pior forma de trabalho infantil. Prioridade Absoluta [internet]*. São Paulo: Instituto Alana;

- 2020 [acesso em 23 set 2022]. Disponível em: <https://prioridadeabsoluta.org.br/noticias/trafico-de-drogas-pior-forma-de-trabalho-infantil/>.
23. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Atlas da Violência 2022. Brasília; 2022.
 24. Lemgruber J, coordenador. Um tiro no pé: impactos da proibição das drogas no orçamento do sistema de justiça criminal do Rio de Janeiro e São Paulo. CeSec. Rio de Janeiro: 2021.
 25. Cerqueira DRC. Custo de bem-estar social dos homicídios relacionados ao proibicionismo das drogas no Brasil [internet]. Brasília: IPEA; 2023 [acesso em 20 nov 2022]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/artigo/251/Custo%20de%20bem-estar%20social%20dos%20homic%C3%ADdios%20relacionados%20ao%20proibicionismo%20das%20drogas%20no%20Brasil>.
 26. Bittencourt RN. Os dispositivos existenciais do consumismo. Revista Espaço Acadêmico. 2001; 10(118):103-113.
 27. Mbembe A. Necropolítica, biopoder, soberania, Estado de exceção, política de morte. São Paulo: n-1edições; 2018.
 28. Lessa S. Trabalho, sociabilidade e individuação. Revista Trabalho, Educação e Sociedade. 2006; 4 (2):231-246.

Suicídios e Tentativas de Suicídio entre Adolescentes e Jovens no Brasil: dimensões e inquietações

Sandra Mara Garcia^I, Tirza Aidar^{II}

Resumo: O capítulo avalia as tendências das taxas de suicídios de adolescentes e jovens no Brasil, entre 2010 e 2018, que apontam crescimento no período, com única exceção para as mulheres de 20-29 anos. As notificações de lesões auto-provocadas e eventos de repetição são maiores entre as jovens. Discute sobre os fatores associados ao suicídio no grupo adolescente e jovem, reforçando a importância das informações para a vigilância epidemiológica, e evidencia que a sociedade está falhando na prevenção.

Palavras-chave: Adolescentes e jovens; Taxas de suicídios; Diferenças regionais; Tentativas de suicídio; Agressões autoinfligidas; Vigilância em saúde.

Introdução

“Para criar um ambiente genuinamente eficaz, uma abordagem sustentável à prevenção do suicídio, precisamos ter conversas difíceis, para realmente olhar como vivemos, como nos comunicamos e como tratamos os outros, especialmente aqueles que são vulneráveis, e como nossos vários sistemas - saúde, social, bem-estar, economia, educação, e outros - exacerbam ou contribuem para o suicídio.”

(The Black Dog Institute, 2020)¹

I Sandra Mara Garcia (sandragarciasp@gmail.com) é Antropóloga pela Universidade de Brasília (UNB), Mestre em Gênero e Estudos de Desenvolvimento pela University of Sussex, Inglaterra, Doutora em Demografia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Pesquisadora Sênior e Coordenadora do Núcleo de População e Sociedade do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP).

II Tirza Aidar (taidar@unicamp.br) é Bacharel e Mestre em Estatística, Doutora em Demografia pela UNICAMP), Professora do Programa de Pós-Graduação em Demografia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH/UNICAMP), Pesquisadora no Núcleo de Estudos de População Elza Berquó (NEPO) da UNICAMP.

Desde 2006, o suicídio é considerado um problema de Saúde Pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Nesse mesmo ano, o governo brasileiro, através do Ministério da Saúde, estabeleceu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, por meio da Portaria nº 1.876². Este reconhecimento no campo das políticas públicas se justifica pela magnitude do fenômeno, sua tendência de crescimento em determinados grupos, especialmente os adolescentes e jovens, e pela gravidade de seu impacto nos grupos familiares e sociais envolvidos^{2,3}.

Para a pessoa que o pratica, o suicídio é o final de um processo de sofrimento, que se inicia muito antes do ato, além de se desenvolver também no campo do coletivo. Sua natureza é simultaneamente histórica, cultural, social e individual, tratando-se, portanto, de uma questão ética e política, que envolve não apenas as áreas disciplinares da Psiquiatria e da Psicologia, como também os conhecimentos e ações do campo da Saúde Pública. Por essas razões, é que desafia paradigmas teóricos e metodológicos e que, para sua compreensão necessita de abordagens multidisciplinares³.

Estima-se que, em média, para cada suicídio 6 pessoas próximas sejam diretamente impactadas do ponto de vista emocional, social e econômico^{4,5}. É como um efeito cascata e de longo alcance exercido sobre a família e a comunidade⁶.

A cada ano, cerca de um milhão de pessoas morrem por suicídio em todo o mundo, e para cada caso fatal, há pelo menos 20 tentativas fracassadas. Na maioria dos países de alta renda, a mortalidade por suicídio é, em média, 3,5 vezes maior para os homens, ainda que as taxas de ideação suicida e automutilação deliberada sejam maiores entre as mulheres⁷.

Estatísticas globais referentes a 172 países e período 2000 a 2012 apontam que 49,4% deles tiveram queda nas taxas de suicídios, 16,9% experimentaram aumento de mais de 10% e 33,7% mudanças relativamente inferiores a 10%⁷. O mesmo estudo calcula para o Brasil aumento de 10,4% nesse período, com as mulheres liderando as estatísticas em relação aos homens, 17,8% e 8,2% de crescimento, respectivamente⁷. No Brasil, Martini e colegas⁸, encontraram aumento entre 2000 e 2016 das taxas de mulheres de 40 a 59, mas entre os homens são os mais jovens entre 20 e 39 anos.

Por isso, embora os fatores que contribuem para o fenômeno variem entre os grupos populacionais e contextos históricos, os jovens são considerados atualmente um dos segmentos de maior vulnerabilidade em relação aos comportamentos suicidas. Para além do sofrimento dos indivíduos e grupos sociais envolvidos no processo, o número de mortes precoces e evitáveis é de extrema relevância e representam também grandes custos econômicos e sociais^{9,10}.

Dados divulgados pelo “Mapa da Violência de 2014”¹¹ mostram que o suicídio de jovens cresceu no Brasil, entre 2000 e 2012, nada menos que 40,0% para aqueles entre 10 e 14 anos, 33% para os jovens de 15 a 19 anos e 18,0% para os mais velhos, de 20 a 29 anos. Segundo Rodrigues e colegas¹², de 1997 a 2015, as taxas no grupo de 15 a 29 anos se mantiveram constantes ou cresceram em quase todas as unidades da Federação brasileira. Diante dos resultados, os autores concluíram pela impossibilidade de redução em 10% das taxas de suicídios até o final de 2020, redução preconizada no “Plano de Ação de Saúde Mental da OMS”¹³.

Estatísticas produzidas pelo Ministério da Saúde indicam aumento de 10% da taxa de suicídio para os jovens brasileiros de 15 a 29 anos, com diferenças regionais importantes, sendo as maiores taxas observadas para o Mato Grosso do Sul e Roraima e os maiores aumentos no Acre e em Goiás¹⁴.

Em geral, as pesquisas têm corroborado o crescimento das taxas de suicídios de jovens no Brasil, mas os resultados podem variar de acordo com o período e desagregação regional. Neste caso, é fundamental considerar os possíveis efeitos de composição dos diferenciais na cobertura e qualidade dos registros sobre os eventos que subestimam a incidência das mortes e prevalência das tentativas, muitas vezes classificadas como resultado de “acidentes” ou de “agressões com intenção indeterminada”¹⁵⁻¹⁷. A esse propósito, convém assinalar o estigma social e questões legais envolvidas, para acesso a seguros de vida e de saúde, por exemplo, que levam à negação ou omissão dos atos autodestrutivos, seja pela família, sociedade e/ou gestão pública¹⁸.

Finalmente, e não menos importante, a crise sanitária sem precedentes desencadeada pela pandemia do covid-19, em março de 2020, trouxe impactos que se farão sentir por muito tempo na saúde geral da

população. Para além das questões econômicas e de desemprego, que afetam especialmente os jovens adultos, é necessário acompanhar as consequências que o afastamento dos espaços escolares e de lazer e o confinamento em espaços da família, ocasionaram à Saúde Mental das crianças e adolescentes. Em particular, daqueles que se encontram em condições econômica, social e psíquica de maior vulnerabilidade e, por vezes, convivendo com situações de violência no ambiente doméstico e familiar. Conhecer tais efeitos para buscar mitigar sofrimentos e prevenir suicídios de jovens e adolescentes é uma necessidade urgente.

Aferindo suicídios e tentativas pelos dados nacionais de Saúde

Aqui, apresentaremos o estudo sobre as tendências recentes e anteriores à pandemia de agressões autoprovocadas, tentativas e mortes por suicídio de adolescentes e jovens de 10 a 29 anos. Para tanto, foram construídas análises das taxas de suicídios (óbitos por 100 mil habitantes) entre 2010 e 2018, por meio de modelos estatísticos, e análise descritiva para a identificação da incidência das tentativas, nos registros das autolésões no ano de 2018. Esses dados foram levantados nos sistemas de informações de mortalidade e de notificações compulsórias Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)¹⁹ e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)²⁰, respectivamente. As análises são apresentadas para os subgrupos por idade (10-14, 15-19 e 20-19 anos), sexo e grandes regiões do país: Norte (N) Nordeste (NE), Sudeste (SE), Sul (S) e Centro Oeste (CO). Este é um estudo ecológico com base em dados secundários, que considera a desagregação por grandes regiões do país segundo residência das vítimas de suicídio, no caso dos óbitos, e local de notificação para os dados do SINAN.

No SIM foram selecionados os registros de acordo com a 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10)²¹. Para minimizar os efeitos da subenumeração foram incorporados aos códigos da categoria “suicídios” (códigos X60 a X84 e X87) aqueles consequentes de intoxicação exógena, cuja intenção não está determinada (códigos Y10 a Y19), seguindo recomendações de estudos sobre o tema^{15,22-24}.

As tendências das taxas, obtidas pela divisão do número de suicídios registrados e a população estimada pelo IBGE, foram analisadas por meio de modelos estatísticos de regressão, usando o logaritmo natural das taxas como variável dependente e o ano como variável independente²⁵.

As informações do SINAN, relativas à violência doméstica, sexual e/ou outras violências, incorporam notificações sobre agressões autoinfligidas. Entretanto, seja na possibilidade de tabulação direta no site do DATASUS, seja via *download* dos arquivos com extensão DBC, não há informação clara sobre a intencionalidade suicida da violência autoprovocada. Por isso, para aproximar tal aferição foram utilizadas duas estratégias: na primeira, considerou-se como indicativo de tentativa de suicídio a lesão autoprovocada via enforcamento (ENF) e a ingestão abusiva de substâncias nocivas à saúde (INT); e, como segunda estratégia, por meio do exame dos microdados das fichas de notificações de 2018, foram classificadas as informações do campo aberto destinado à especificação de outras agressões, considerando, como indicativo de tentativa de suicídio, qualquer menção sobre: tentativa de suicídio; autoextermínio; ingestão abusiva de substâncias nocivas à saúde (medicamento, veneno, drogas ilícitas, álcool, agrotóxico, entre outros); enforcamento ou corte de pulso. Como resultado, foi identificado um total de 25.559 tentativas, ou 50,3% de todos os 50.825 registros de lesões autoprovocadas constantes dos arquivos do SINAN para os adolescentes e jovens de 10 a 29 anos no Brasil, em 2018.

Para aproximar o contingente dos eventos na área da saúde que refletem situações de autoagressão que podem resultar em morte, avaliou-se a proporção de repetições de lesões autoprovocadas e de possíveis tentativas de suicídio no total das notificações em 2018.

Suicídios de adolescentes e jovens no Brasil

Os resultados apresentados na tabela 1 evidenciam aumento dos suicídios a partir de 2010 para o grupo de 10-14 anos, para ambos os sexos, e no grupo de 15-19 anos entre os homens. Para os mais velhos, 20-29, há indícios de aumento a partir de 2015.

Entre 2010 e 2018 foram registrados, anualmente, cerca de 200 sui-

cídios de mulheres de 15 a 19 anos; e de 400 para as jovens de 20 a 29 anos. Embora em patamares mais baixos, os suicídios aumentam de forma sustentável para os mais jovens, de 10 a 14 anos, indo de cerca de 50 a 80 casos anuais no final do período.

Diferentemente do sexo feminino, as taxas por 100 mil homens se diferem bastante entre os grupos etários, sendo mais alta no grupo 20-29 anos, cujas taxas chegaram a 13,0 por 100 mil em 2018, quase o dobro (1,7) das taxas observadas no grupo de 15-19 e 4,3 vezes maiores que as taxas das mulheres de 15-19 e 20-29.

Há evidência estatística de crescimento constante e linear, entre os meninos de 10-14 anos nas regiões SE e S ($p=1\%$ e 5% , respectivamente), e na região N ($p=10\%$). Para os homens jovens de 15-19 anos, o crescimento linear foi estatisticamente significativo ($p<5\%$) para as cinco regiões. Já entre os homens de 20 a 29 anos, há evidência de crescimento linear nas regiões N, NE e S, com $p=5\%$, e na região CO com $p=10\%$; e de estabilidade das taxas na região SE.

Tabela 1: Taxas de suicídios por 100 mil habitantes, nível de significância estatística (NS)^b para a tendência de crescimento entre 2010 e 2018, por sexo, grupos etários e grandes regiões; e número total de suicídios registrados no Brasil.

Idade	Ano	Homens						Suicídios Brasil	Mulheres						Suicídios Brasil
		Taxa (por 100 mil hab.)							Taxa (por 100 mil hab.)						
		N	NE	SE	S	CO	Brasil		N	NE	SE	S	CO	Bras	
10 a 14	2010	1,2	0,6	0,5	0,3	1,3	0,6	54	1,4	0,6	0,3	0,4	1,0	0,6	47
	2011	1,3	0,7	0,4	0,5	0,9	0,7	59	1,4	0,4	0,5	0,1	1,0	0,7	46
	2012	1,4	0,7	0,4	1,2	2,5	0,9	78	0,5	0,3	0,2	1,1	1,5	0,9	40
	2013	1,4	0,6	0,7	0,6	1,9	0,8	70	1,3	0,6	0,3	0,8	0,5	0,8	49
	2014	1,3	0,9	0,5	1,4	1,9	0,9	80	1,6	0,4	0,6	1,0	1,1	0,9	62
	2015	1,4	0,6	0,5	1,3	2,3	0,9	76	2,2	0,5	0,3	0,5	1,3	0,9	56
	2016	1,6	0,8	0,7	0,8	1,1	0,9	75	1,7	0,6	0,3	1,7	1,6	0,9	68
	2017	1,3	0,8	1,0	1,2	1,7	1,1	89	1,4	0,9	0,9	1,7	1,1	1,1	85
	2018	1,9	0,4	0,9	1,7	2,1	1,1	87	1,7	0,6	0,8	0,8	2,3	1,1	76
Tendência (NS)		***						668	* ***						529
15 a 19	2010	7,9	4,8	3,8	7,2	8,5	5,3	462	2,6	2,4	1,8	2,6	1,9	5,3	181
	2011	7,7	3,9	4,4	7,7	6,9	5,2	457	3,7	2,7	2,1	2,3	2,8	5,2	211
	2012	7,9	5,0	4,9	7,6	9,3	5,9	517	3,1	2,4	2,3	2,4	3,7	5,9	214
	2013	9,9	5,3	4,2	8,6	8,4	6,0	523	3,7	2,2	1,5	2,6	4,3	6,0	193
	2014	9,3	5,1	4,1	8,6	7,9	5,8	509	2,8	2,5	1,7	3,5	2,8	5,8	200
	2015	8,9	5,5	4,6	8,4	10,0	6,2	541	3,4	2,5	2,2	2,3	4,5	6,2	220
	2016	9,6	5,6	5,5	7,9	11,0	6,7	583	4,0	2,8	1,9	1,9	3,7	6,7	212
	2017	10,1	6,5	5,2	10,9	10,6	7,3	634	5,0	3,0	2,2	3,5	6,6	7,3	274
	2018	11,8	5,3	5,6	10,5	10,2	7,2	623	6,8	2,7	2,2	3,2	8,1	7,2	287
Tendência (NS)		***	**	**	***	**	***	4.849	***	*		***	***	1.992	
20-29	2010	10,3	9,4	10,6	13,5	12,4	10,8	1.904	2,9	2,1	2,2	2,9	3,8	10,8	428
	2011	12,1	10,4	11,1	13,0	12,0	11,3	1.997	2,6	2,6	2,8	2,8	3,2	11,3	474
	2012	12,7	9,3	10,5	14,0	13,8	11,1	1.946	2,5	2,3	2,3	3,0	2,9	11,1	427
	2013	12,4	9,3	10,2	13,0	15,2	10,9	1.909	2,8	2,4	2,3	2,6	2,5	10,9	419
	2014	12,5	9,1	10,6	14,2	14,7	11,2	1.934	2,4	2,3	2,0	3,7	3,9	11,2	429
	2015	14,8	9,4	10,4	12,7	12,7	11,0	1.905	2,6	2,2	2,6	2,9	2,7	11,0	432
	2016	12,1	10,3	9,6	13,6	14,2	10,9	1.880	2,4	2,3	2,3	2,7	3,5	10,9	416
	2017	12,7	10,5	10,4	16,3	14,7	11,8	2.034	2,5	2,3	2,7	3,4	3,5	11,8	461
	2018	14,8	11,2	10,7	16,4	15,5	12,4	2.133	3,4	2,3	2,9	3,1	4,3	12,4	492
Tendência (NS)		**	**		**	*	**	17.642					*	3.978	

(a) Óbitos CID10: X60-X84, Y87 (10 a 14 anos); X60-X84, Y10-Y19, Y87 (15 a 29 anos).

(b) Nível de significância (***) p-value < 1%; (**) p-value < 5%; (*) p-value < 10%.

Fonte: MS/SVS/CGIAE - SIM e IBGE/Diretoria de Pesquisas.

Em média, para o Brasil, o crescimento das taxas de suicídios dos meninos e adolescentes é significativo no período e há indícios de intensificação do crescimento no final do período.

Entre as mulheres, os modelos não apresentam bons ajustes e, portanto, menor segurança em afirmar que houve crescimento das taxas de suicídios no período analisado. Mesmo assim, vale ressaltar o crescimento importante nos últimos anos da série para as meninas de 10-14 anos na região SE e CO. Para a média brasileira há forte indício de crescimento linear das taxas femininas nos grupos de 10-14 e de 15-19 anos ($p=1\%$).

Formas de suicídio e tentativas

O meio utilizado para o suicídio é, majoritariamente, o envenenamento, com média de 36,8%, 51,1% e 53,6% dos casos envolvendo homens jovens de 10-14, 15-29 e 20-29, respectivamente, e 47,0%, 61,7% e 65,4%, mulheres nos mesmos grupos etários (Tabela 2). Ou seja, há maior prevalência do uso de substâncias tóxicas entre as mulheres e este uso aumenta com a idade.

As cifras encontradas com indícios de tentativas de suicídio são preocupantes (última coluna Tabela 2). Para a média brasileira, representam cerca de 50% dos registros de lesões autoinfligidas por homens de 15-29, e 54,6% dos registros de mulheres de 20-29.

Tabela 2 - Notificações compulsórias (NOT), distribuição segundo meio utilizado (ENF: enforcamento; ENV: envenenamento; Outro), se evento de repetição e se há indícios de ser tentativa de suicídio. Por sexo, faixa etária e grandes regiões. Brasil, 2018.

Sexo, Idade Região	NOT (n)	Meio utilizado (%)				Repetição (%)		Tenta Suic.* (%)
		Enforc.	Enven.	Outro	Sim	IG		
<i>Hom 10-14 Brasil</i>	1.186	10,3	36,8	52,9	37,7	19,7	38,6	
Norte	44	20,5	34,1	45,5	20,5	22,7	34,1	
Nordeste	156	9,0	44,2	46,8	34,0	22,4	42,3	
Sudeste	533	8,3	40,6	51,1	33,8	20,8	35,1	
Sul	373	11,3	30,3	58,4	46,1	15,0	42,6	
C.Oeste	80	16,0	29,6	54,3	41,3	27,5	38,8	

<i>Hom 15-19 Brasil</i>	5.058	10,9	51,1	38,0	34,3	22,6	49,1
Norte	244	26,6	36,9	36,5	34,4	13,9	48,0
Nordeste	726	11,8	52,0	36,2	33,2	29,6	38,4
Sudeste	2.240	8,5	53,5	38,0	30,5	25,9	43,8
Sul	1.438	11,0	50,8	38,2	40,4	15,2	59,9
C.Oeste	410	12,0	46,5	41,6	35,4	22,9	59,0
<i>Hom 20-29 Brasil</i>	8.459	12,6	53,6	33,7	32,3	25,5	49,8
Norte	314	27,1	41,7	31,2	36,3	14,6	48,7
Nordeste	1.205	14,3	53,1	32,6	30,5	33,4	39,5
Sudeste	3.976	9,4	54,8	35,8	30,1	29,0	42,6
Sul	2.257	14,7	55,7	29,5	36,0	16,6	65,4
C.Oeste	707	14,5	46,7	38,8	34,4	25,2	58,1
<i>Mul 10-14 Brasil</i>	6.362	2,5	47,0	50,5	44,8	16,8	42,1
Norte	234	9,8	44,0	46,2	39,7	15,0	50,0
Nordeste	771	3,6	56,2	40,2	41,1	25,3	39,3
Sudeste	2.828	1,5	50,4	48,1	40,7	17,9	37,9
Sul	2.033	2,7	39,4	57,8	52,0	11,1	45,6
C.Oeste	496	2,6	45,3	52,1	46,0	21,6	52,2
<i>Mul 15-19 Brasil</i>	14.035	2,9	61,7	35,4	40,5	20,6	50,9
Norte	672	6,4	56,6	37,0	46,4	13,8	52,7
Nordeste	2.034	4,0	64,5	31,4	36,2	30,8	42,3
Sudeste	6.530	1,9	61,8	36,3	37,9	21,9	44,9
Sul	3.702	2,7	61,9	35,4	45,8	13,3	61,8
C.Oeste	1.097	5,3	58,3	36,4	42,7	22,6	64,4
<i>Mul 20-29 Brasil</i>	15.725	3,8	65,4	30,8	36,3	23,8	54,6
Norte	648	8,3	60,6	31,1	38,3	19,0	59,4
Nordeste	2.363	3,6	68,6	27,8	33,3	34,7	47,7
Sudeste	7.509	2,6	64,7	32,7	34,4	24,3	48,0
Sul	3.930	4,8	67,5	27,7	40,4	17,0	67,2
C.Oeste	1.275	5,6	60,0	34,4	39,3	24,6	64,9

Nota: (*) Considera Tentativa quando na especificação da violência houve menção de: tentativa de suicídio; ingestão abusiva de substâncias nocivas; enforcamento ou corte de pulso.

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e de Notificações compulsórias - SINAN Net.

Discussão

Os resultados obtidos corroboram o conhecimento já consolidado das características mais gerais dos eventos de suicídio e tentativa e trazem novos parâmetros para a discussão sobre o recrudescimento do problema entre adolescentes e jovens no Brasil^{8,12,14,26}.

Se, por um lado, a razão de sexo das taxas de suicídios se mantém em torno de 1, 2 e 4 vezes nos grupos 10-14, 15-19 e 20-29 anos, respectivamente, por outro lado, essa razão se inverte para os eventos não fatais. Martini e colegas⁸ também encontraram sobre mortalidade masculina em 2016, de aproximadamente 3,0 vezes, no grupo 15-19, e 4,0 vezes para 20-29, com homogeneidade entre as grandes regiões. Os resultados reforçam que a sobre mortalidade masculina cresce na medida em que a idade aumenta, ao contrário do observado nos registros de lesões não fatais. Neste caso, a superioridade dos registros das mulheres é cerca de 6,0, 3,0 e 2,0 vezes nos grupos 10-14, 15-19 e 20-29 anos, respectivamente (Tabela 2).

Os resultados também indicam crescimento dos suicídios para quase todos os grupos etários avaliados. Na média brasileira, há crescimento linear para ambos os sexos e nos três grupos etários, com única exceção para as mulheres de 20 a 29 anos, cuja tendência de crescimento foi maior nos últimos anos ($p=10\%$).

No grupo 10-14 anos houve aumento para os meninos no SE e S, e para as meninas do SE. Não há evidência estatística de aumento das taxas no período para as mulheres de 20 a 29 anos, quando analisadas regionalmente, tampouco para os homens das regiões SE e CO.

Antes de seguir com interpretações e comparações com a literatura, deve-se considerar que a análise das idades de 15 a 29 anos contém diferentes desagregações regionais e/ou de períodos, que podem dificultar as comparações. Também deve se considerar aos diferenciais na cobertura e qualidade dos registros segundo sexo, idade e regiões. De acordo com a OMS, o suicídio é subestimado numa taxa de 20 a 25% na população acima de 60 anos e de 6 a 12% para os demais grupos etários⁴. No presente estudo, para o total de suicídios de jovens de 15 a 29 anos, a inclusão adotada dos óbitos com códigos Y10-Y19 representou uma adição de 5% e 4%

em 2010 e 2018, respectivamente, e não houve expressão de sua variação no tempo, adotando-se um critério de correção conservador.

Adequação das taxas de suicídios

Pesquisas têm demonstrado que as lesões e óbitos provocados por intoxicações devido à ingestão de venenos, agrotóxicos, medicamentos controlados, drogas ilícitas, entre outras substâncias, são, em grande parte, tentativas de suicídio, independentemente da intencionalidade registrada^{15,22,23,27}. Com base em tais evidências, estudos mais recentes já incorporam aos suicídios os óbitos por causa externa com intenção não identificada que ocorrem por intoxicação exógena (Y10-Y19 da CID 10).

Também é importante lembrar que, a análise de séries temporais muito longas congrega uma complexa rede de elementos e vieses difíceis de serem destrinchados, corrigidos e interpretados. A heterogeneidade regional da cobertura dos eventos e da qualidade das informações na área da Saúde no Brasil, assim como sua evolução, já está bastante documentada^{28,29}.

Em relação às mortes por causas externas, a cobertura tem sido considerada historicamente próxima de 100%, devido à obrigatoriedade de certificação pelos Serviços Médicos Legais³⁰. Contudo, alguns estudos demonstram que parte dos registros sem identificação da causa básica do óbito ocorre ao fenômeno ter ocorrido por causas externas, dentre estas os casos classificados como acidentes, agressões ou com intenção desconhecida, que seriam na realidade também suicídios³¹⁻³².

Deve-se considerar como outro ponto a ser levantado e pouco discutido as possíveis imprecisões do denominador das taxas. Por essa razão, foram considerados agregados geográficos maiores em um período curto, para os quais as estimativas populacionais anuais são mais robustas quanto aos pressupostos de fecundidade, mortalidade e migração.

Com base na análise das especificações do tipo da violência dentre as lesões autoprovocadas, o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde reporta que as tentativas de suicídio representaram 39,9% das notificações de jovens de 15-29 em 2018¹⁴ (p. 3). Porém, ao reproduzir a análise com os microdados, incluindo os registros que contêm termos re-

ferentes à intoxicação exógena, corte de pulsos e/ou enforcamento, além de tentativa de suicídio e autoextermínio, a proporção de tentativas cresce em torno de 10 pontos percentuais: 50% das notificações de 15-19 para ambos os sexos, e de homens de 20-29, chegando a 54,6% das notificações de mulheres de 20-29 (Tabela 2).

Vale destacar, novamente, que as variações regionais devem ser consideradas, dadas as diferenças de tempo de implantação, da ampliação da cobertura dos eventos e da qualidade das informações¹⁴. Nesse sentido, saltam aos olhos os percentuais nada desprezíveis de dados ignorados no campo destinado à informação do evento ser de repetição ou não (Tabela 2). Mesmo com essas ressalvas, destacam-se as maiores proporções de notificações de repetição nas regiões N, S e CO, onde são também estimadas as maiores taxas de suicídios entre homens jovens em 2018.

- Fatores associados ao suicídio:

Para refletir sobre os resultados perturbadores deste estudo, sem a intenção de apontar respostas fáceis, propomos entender esse fenômeno sob a ótica da multicausalidade e das conexões sociais com a saúde e com o processo saúde-doença. Não para explicar o suicídio individual, mas sobretudo para refletir sobre o crescimento do fenômeno entre os adolescentes e jovens brasileiros.

Partimos da abordagem de uma visão integrada da realidade social e de sua vinculação com o processo do suicídio. Desta forma, compreender o suicídio na contemporaneidade como um processo de “produção e reprodução das formas de adoecimento”³³ (p. 63-76) é um enorme desafio. A nossa intenção é sugerir conexões entre a realidade social mais ampla e suas dimensões específicas e a situação do comportamento suicida da população de estudo.

- Fatores associados à Saúde Mental:

Por se constituírem em grupo populacional particularmente saudável, grande parte das causas de morbimortalidade em adolescentes e

jovens é de natureza evitável e decorre, principalmente, de exposição a situações de risco, inclusive aquelas relacionadas a comportamentos e hábitos (consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e substâncias psicoativas), que podem impactar negativamente o desenvolvimento pleno de suas capacidades³⁴. Considera-se que adolescentes e jovens vivenciam as dificuldades do processo de construção da autonomia pessoal e de participação social, a partir de uma combinação de circunstâncias individuais e contextos sociais, econômicos e culturais diversos e muitas vezes adversos.

Essa etapa do ciclo de vida é sabidamente marcada por transformações significativas, pela busca da autoafirmação, reconhecimento social e pela definição da identidade de gênero. É nesse processo que se potencializam inseguranças, ansiedades, dificuldades em aceitação do próprio corpo e da sexualidade, próprias deste momento. É quando também se fazem presente, de forma intensa, o desejo de pertencimento ao grupo de pares, extremamente importante para a construção de laços sociais e exercitar o desafio da convivência social. Possibilidades e riscos são as marcas desse processo de construção da identidade. Aparentemente esse desafio está mais difícil na atualidade.

Nesse sentido, é relevante constatar a alta prevalência (30%) de transtornos mentais comuns em adolescentes escolares brasileiros^{35,36}. Tais transtornos são geralmente caracterizados pela presença de sintomas de depressão, ansiedade, bulimia, anorexia, dentre outros.

Pesquisas nacionais apontam taxa elevada de ideação suicida na população adolescente. A prevalência para adolescentes de 13 a 19 anos varia entre 31,9% e 36,0%, com risco efetivo de suicídio a depender da recorrência e intensidade do sofrimento³⁶. Estima-se prevalência maior de ideação suicida entre adolescentes do sexo feminino^{11,37}.

Dentre os fatores sociais e comportamentais que interagem nesse processo de forma combinada, alguns são mais evidentes e estão documentados na literatura recente.

Jovens à margem do sistema de ensino e do mercado de trabalho e sujeitos às vulnerabilidades econômicas e sociais estão mais expostos a problemas mentais e abuso de substâncias lícitas e ilícitas. McGee e Thompson³⁸ constataram que jovens americanos desempregados, de 18 a

25 anos, tinham chances até três vezes maiores de desenvolver depressão em comparação àqueles que estavam empregados. Pesquisas conduzidas na República da Irlanda, Inglaterra, Itália e Grécia relataram que as recessões econômicas e o aumento das taxas de desemprego foram associados a um declínio da saúde mental e aumento das taxas de suicídios entre os jovens³⁹⁻⁴¹.

No Brasil, em meados de 2014, com a desaceleração da economia, a renda e o emprego entraram num processo de estagnação e crise. Os efeitos dessa situação se fizeram sentir no crescimento da desocupação e na maior vulnerabilidade de grupos específicos: jovens, população com baixa escolaridade e negros. Nesse sentido, dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD) de 2014 a 2019 mostram uma situação extremamente desfavorável para os jovens de 15 a 24 anos, que viram sua renda ser reduzida em um ritmo mais acelerado do que os demais grupos; uma queda de 7 e 5 vezes maior para aqueles entre 15-19 e 20-24 anos, respectivamente. No mesmo período, houve aumento da proporção de jovens de 15-29 anos que não trabalhavam e nem estudavam, de 23,4% para 26,2%⁴².

Jean-Varas e colegas⁴³ investigaram as taxas de suicídios de adolescentes de seis grandes cidades brasileiras e sua relação com indicadores socioeconômicos, como desigualdade social e taxas de desemprego, entre 2006 e 2015. Segundo esses autores, a desigualdade social (avaliada pelo índice de Gini^{III}) e o nível de desemprego, dentre outros indicadores sociais, se mostraram associados positivamente ao suicídio de adolescentes. Os autores concluem que, muito embora as relações não possam ser inferidas como causais, o desemprego e a desigualdade social são fatores sociais relevantes para entender tendências e diferenças regionais nas taxas de suicídios de adolescentes⁴³.

Para se compreender as diferenças entre os sexos no comportamento suicida é fundamental incorporar a dimensão de gênero. Padrões culturais e práticas sociais de convivência são orientados por essa dimensão, que de maneira articulada com raça/cor e classe social produzem e

III E um dado estatístico que possibilita identificar o grau de concentração de renda em determinado grupo ou em diferentes países. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos em termos numéricos. Os valores variam de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1 maior é a desigualdade.

reproduzem relações de poder e hierarquia no âmbito da família, entre pares e nas instituições.

Pesquisadores cada vez mais reconhecem as complexas ligações entre gênero e Saúde Mental. Com o intuito de avaliar a associação entre gênero e tentativa de suicídio em adolescentes e adultos jovens, Miranda-Mendizabal e colegas⁴⁴ realizaram uma revisão sistemática de estudos longitudinais de base populacional e de populações não clínicas, com idades entre 12-26 anos. Esse trabalho evidenciou fatores comuns para ambos os sexos como transtornos mentais anteriores, abuso de substâncias psicoativas e exposição à violência interpessoal. Entretanto, há fatores específicos para o sexo feminino, como: transtorno alimentar, aborto anterior e sintomas depressivos; e para o sexo masculino, a separação dos pais, comportamento suicida de amigos e acesso aos meios de realização do suicídio, dentre outros.

Por sua vez, Morken e colegas⁴⁵ dispuseram-se investigar a relação entre sintomas depressivos e insatisfação corporal no período de transição para a adolescência, entre meninas e meninos de 12 e 13 anos. Os resultados desse estudo evidenciaram um nível de insatisfação corporal maior entre as meninas e um grau superior de sintomas depressivos relatados.

Nessa mesma direção, estudos nacionais relatam aumento na prevalência de insatisfação com a imagem corporal, com registros de crescimento de casos de anorexia e bulimia entre adolescentes e jovens do sexo feminino. Essa prevalência variou de 18,5% a 25,3%⁴⁶⁻⁴⁸. Por outro lado, literatura sobre gênero e masculinidades sugere que os homens têm menor probabilidade de reconhecer ou procurar ajuda para a saúde mental do que as mulheres, com receio de comprometer a sua identidade de gênero⁴⁹.

Tais perspectivas podem explicar a superioridade das notificações de lesões autoprovocadas entre as mulheres jovens: cerca de 6, 3 e 2 vezes maior que dos homens nos grupos de 10-14, 15-19, 20-29 anos, respectivamente, e indicar que a contenção do sofrimento entre os meninos se reverte mais tarde em autoagressões mais drásticas e fatais.

Cabe aqui destacar a importância da vigilância e acompanhamento dos eventos não fatais. Mars e colegas⁵⁰, em estudo prospectivo na Ingla-

terra, a automutilação não suicida entre 15 e 16 anos, é forte preditor da transição entre pensamentos suicidas e tentativas propriamente ditas até 21 anos.

Uma das características marcantes da adolescência é a importância cada vez maior do grupo de pares na convivência e interação social, e, evidentemente, vivenciar rejeição ou “*bullying*” / “*cyberbullying*” (vitimização) de maneira repetitiva por parte dos pares, pode potencialmente trazer prejuízos emocionais e constituir um fator de risco para autolesões e tentativas de suicídio⁵¹⁻⁵³. É importante enfatizar que os termos genéricos “*bullying*” e “*cyberbullying*”, em geral, se referem a agressões e constrangimentos motivados por preconceitos e/ou discriminações baseados no racismo, gênero, classe social e orientação sexual/gênero⁵⁴.

- A influência das mídias sociais e da Internet:

Outro aspecto importante, quando se discute o processo saúde-doença nesse grupo populacional, e tem sido tema de debates e muitas controvérsias, é a possível associação entre aumento da depressão e intensificação do uso de mídias digitais. As mídias sociais podem se constituir em um problema sério na medida em que colocam os adolescentes e jovens em contato com ambientes virtuais globais, ao mesmo tempo em que os deixa solitários e isolados em confronto com suas próprias realidades, desencadeando um processo de ansiedade, angústia e depressão. Não raro, esse sofrimento psíquico não encontra suporte afetivo e social adequado, devido a diversos fatores internos e externos.

Dois estudos recentes investigaram a influência potencial da Internet sobre a automutilação e o comportamento suicida em jovens⁵⁵⁻⁵⁶. Ambos partiram de revisões sistemáticas da literatura científica e concluem que o uso intensivo da Internet pode ter um impacto negativo no bem-estar psicossocial dos jovens, permitindo maior exposição a conteúdos prejudiciais, ao “*cyberbullying*” e, conseqüentemente, ao desenvolvimento de comportamentos autodestrutivos. Paradoxalmente, Marchant e colegas⁵⁵ apontam para os benefícios potenciais, como obter apoio para momentos de sofrimento e comunicação entre os pares em situações de crise.

A pesquisa “Kids On Line”, sobre o acesso e uso da internet no Brasil, tem contribuído para mapear o acesso dos usuários de 9 a 17 anos em todas as regiões e segmentos socioeconômicos. Desde os resultados da primeira edição, em 2012, há contínuo crescimento da frequência de utilização de redes sociais em todos os segmentos etários, embora as desigualdades socioeconômicas persistam como barreira entre os usuários. Na edição de 2019, 89% dos usuários entre 9 e 17 anos acessaram a Internet nos três meses anteriores à pesquisa⁵⁷.

Muitos são os pontos benéficos apresentados por esta pesquisa; entretanto, chama a atenção que, na edição de 2017, ao incluírem tópicos relacionados à imagem corporal dos adolescentes, os resultados passaram a evidenciar as suscetibilidades a que esta população está exposta no ambiente virtual. Alguns conteúdos como “formas de ficar mais magro” foram acessados por 25% das meninas e 12% dos meninos; ter tido contato com material sobre “formas de machucar a si mesmo” foi relatado por 19% e 17% dos usuários de 13 a 14 anos, e 15 a 17 anos, respectivamente. Ademais, ter sido exposto ao tópico “formas de cometer suicídio” foi citado por 17% dos jovens de 13 a 14 anos e por 14% daqueles entre 15 e 17 anos. Tal pesquisa, entretanto, não permite diferenciar quais os materiais acessados e as plataformas digitais que viabilizaram este acesso⁵⁸.

Evidentemente, sem prejuízo dos benefícios que a comunicação digital e as redes sociais proporcionam, há necessidade urgente de pesquisas que tenham como foco a Saúde Mental dos adolescentes e jovens, explorando os efeitos psicológicos e sociais deletérios da intensificação de seu uso e dos riscos gerados pela exposição a conteúdos danosos que muitas vezes estimulam a automutilação e o suicídio⁵⁹.

- Outros fatores de influência:

Finalmente, diante do contexto da pandemia da covid-19, é fundamental a atualização e acompanhamento sistemático das tendências aqui observadas, para avaliação dos impactos relativos ao isolamento social, fechamento das escolas e de milhares de postos de trabalho, para a saúde mental dos adolescentes e jovens brasileiros. Enfrentar mais esse enorme desafio e oferecer respostas adequadas às necessidades de saúde

integral de adolescentes e jovens exigirá uma visão abrangente da complexidade do tema e o empenho vigoroso de contribuições interdisciplinares de longa duração.

Os resultados corroboram com a recente literatura acerca do agravamento do fenômeno entre crianças e adolescentes de 10-14 e 15-19 anos, e jovens brasileiros de 20-29 anos.

As análises reforçam a complexidade do tema e a necessidade de enfrentá-la. E para tanto, deve-se considerar as especificidades dos diferentes grupos etários, tanto do ponto de vista da qualidade e possibilidade de correções das informações das fontes secundárias utilizadas, como da compreensão sobre fatores relacionados aos diferenciais regionais e tendências. O grupo de 10 a 14 anos, por exemplo, carrega uma heterogeneidade interna espinhosa quanto às mudanças fisiológicas e sociais. Neste sentido, mesmo com contingentes infinitamente menores, o número de eventos levantados para esse grupo, cerca de 200 suicídios e 7.400 notificações em 2018, e seu crescimento recente, causam perplexidade, para dizer o mínimo.

Por isso, é necessário acompanhar cuidadosamente os eventos de lesões autoprovocadas e tentativas de suicídio entre os jovens e adolescentes durante e após a pandemia de covid-19. Seus efeitos na Saúde Mental da população podem ser profundos e há sugestões de que as taxas de suicídios aumentem na medida em que a pandemia tenha efeitos a longo prazo sobre a economia, a convivência social e os grupos vulneráveis⁶⁰; ao mesmo tempo, é de vital importância fortalecer os sistemas de vigilância para prevenção e mitigação dos danos causados à Saúde Mental de adolescentes e jovens.

Combinações de estratégias baseadas em evidências nos níveis individual e coletivo e focadas nesse grupo populacional podem abrir caminhos para a prevenção se bem implementadas. Para isso, deve-se necessariamente considerar as diversidades regionais, étnicas, socioeconômicas e de gênero no seu planejamento, execução e monitoramento. São urgentes ações intersetoriais articuladas com as comunidades para detectar sinais de sofrimento e promover acolhimento adequado às especificidades dos adolescentes e jovens brasileiros.

Considerações finais

Em suma, o rompimento do silêncio sobre o suicídio abre possibilidades de recolocá-lo no campo das relações sociais e das políticas públicas e não apenas como uma patologia individual. Compreender a dimensão e complexidade dessa tarefa é fundamental para que adolescentes e jovens se sintam acolhidos na sua integralidade.

Nesse sentido, o desafio que o suicídio de adolescentes e jovens nos impõe é o de construir, junto com eles, resposta ao sofrimento psíquico que possibilite enfrentar o presente, restaurar os sonhos e reafirmar a vida.

Referências

1. Shand F, Yip D, Tye M., Darwin I. The impact of social determinants on suicide and how policy settings can help. In: Black Dog Institute. What can be done to decrease suicidal behaviour in Australia? A call to action. Sydney, AU: Black Dog Institute [internet] 2020 [aceso em 20 set 2022]. Disponível em: https://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/09/What-Can-Be-Done-To-Decrease-Suicide_Chapter-2-Social-Determinants.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.876. Diário Oficial da União. 14 ago 2006.
3. Minayo MCS. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública: a sociological concern and a public health problem. Cad. saúde pública. 1998;14(2):421-28.
4. Organização Mundial da Saúde - OMS. Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia. Genebra: OMS; 2000.
5. Nunes FDD. O fenômeno do suicídio entre os familiares sobreviventes: revisão integrativa. Rev. port. enferm. saúde mental. 2016; (15):17-22.
6. Organização Mundial da Saúde - OMS. Public health action for the prevention of suicide: a framework. Genebra; 2012.
7. World Health Organization - WHO. Preventing suicide: a global imperative. Genebra; 2014.

8. Martini M, Fonseca RC, Sousa MH, Farias CA, Cardoso TA, Kunz M, et al. Age and sex trends for suicide in Brazil between 2000 and 2016. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2019; 54(7):857-60.
9. Gonzalez-Perez GJ, Vega-López MG, Souza ER, Pinto LW. Violence deaths and its impact on life expectancy: a comparison between Mexico and Brazil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(9):2797-2809.
10. Malta DC, Minayo MCS, Soares AM Filho, Silva MMA, Montenegro MMS, Ladeira RM, et al. Mortality and years of life lost by interpersonal violence and self-harm: in Brazil and Brazilian states: analysis of the estimates of the global burden of disease study, 1990 and 2015. *Rev. bras. epidemiol*. 2017; 20(Supl. 1):142-56.
11. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil. Brasília: Secretaria Geral da Presidência da República; 2014.
12. Rodrigues CD, Souza DS, Rodrigues HM, Konstantyner, TCRO. Trends in suicide rates in Brazil from 1997 to 2015. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2019; 41(5):380-88.
13. World Health Organization - WHO. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.
14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Bol. Epidemiol*. 2019; 50(24).
15. LI F, YIP PSF. How to make adjustments of underreporting of suicide by place, gender, and age in China? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2020; 55(9):1133-43.
16. Pritchard C, Hansen L. Examining undetermined and accidental deaths as source of 'Under-Reported-Suicide' by age and sex in twenty western countries. *Community Ment Health Journal*. 2015; 51(3):365-76.
17. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*. 2014; 25(3):231-36.
18. Moreira LCO, Bastos PRH. O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Psicologia Escolar e Educação*. 2015; 19(3):445-53.
19. Brasil. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a

informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 18 nov 2011a.

20. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 104. Diário Oficial da União. 25 jan 2011b.
21. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 1.271. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União. 6 jun 2014.
22. Rockett IRH, Hobbs G, De Leo D, Stack S, Frost JL, Ducatman AM, et al. Suicide and unintentional poisoning mortality trends in the United States, 1987-2006: two unrelated phenomena? *BMC Public Health*. 2010; 10(705):1-11.
23. Santos SA, Legay LF, Aguiar FP, Lovisi GM, Abelha L, Oliveira SP. Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. *Cad. saúde pública* [internet] 2014 [acesso em 20 set 2022]; 30(5):1057-66. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v30n5/0102-311X-csp-30-5-1057.pdf>
24. Baére F. Registros de tentativas de suicídio no Distrito Federal: uma realidade subnotificada. *Interação em Psicologia*. 2019; 23(1):85-91.
25. Antonakakis N, Collins A. The impact of fiscal austerity on suicide: on the empirics of a modern greek tragedy. *Social Science & Medicine*. 2014; 112:39-50.
26. Fernandes FY, Freitas BIBM, Marcon SR, Arruda VL, Lima NVP, Bortolini J, Gaíva MAM. Tendência de suicídio em adolescentes brasileiros entre 1997 e 2016. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2020; 29(4):e2020117.
27. Rockett IRH, Caine ED, Connery HS, Nolte KB, Nestadt OS, Nelson LS, et al. Un-recognized self-injury mortality (SIM) trends among racial/ethnic minorities and women in the USA. *Injury Prevention*. 2020; 26(5):439-47.

28. Paes N. A. Avaliação da cobertura dos registros de óbitos dos Estados brasileiros em 2000. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39(6):882-90.
29. Paes NA. Qualidade das estatísticas de óbitos por causas desconhecidas dos Estados brasileiros. *Revista de Saúde Pública*. 2007; 41(3):436-45.
30. Szwarcwald CL, Morais OL Neto, Frias PG, Viola RC, Escalante JJC, Lima R, et al. Busca ativa de óbitos e nascimentos no Nordeste e na Amazônia Legal: estimação das coberturas do SIM e do Sinasc nos municípios brasileiros. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 2011. p. 79-98.
31. Silva JL. Suicídios invisibilizados: investigação dos óbitos de adolescentes com intencionalidade indeterminada [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2017.
32. Drumond Jr M, Lira MMTA, Freitas M, Nitrini TMV, Shibao K. Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos com intenção indeterminada. *Revista de Saúde Pública*. 1999; 33(3):273-80.
33. Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araujo M. Da noção de determinação social a de determinantes sociais da saúde. *Saúde debate*. 2017; 41(112):63-76.
34. Nasser MA, Garcia SM, Souza WP. Projeto construção linha de cuidado: saúde na adolescência e juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. In: Soares Jr. JM, Moraes SDTA, organizadores. *Adolescência e saúde 4: construindo saberes, unindo forças, consolidando direitos*. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Instituto de Saúde; 2018. p. 269-80.
35. Lopes CS, Abreu GA, Santos DF, Menezes PR, Carvalho KMB, Cunha CF, et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*. 2016;50(Supl. 1):S1-S9.
36. Moreira LCO, Bastos PRHO. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Psicologia Escolar e Educação*. 2015; 19(3):445-53.

37. Borges VR, Werlang BSG. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*. 2006; 11(3):345-51.
38. McGee RE, Thompson NJ. Unemployment and depression among emerging adults in 12 states, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2010. *Prev Chronic Dis*. 2015; 12. doi: 10.5888/pcd12.140451.
39. Antonakakis N, Collins A. The impact of fiscal austerity on suicide: on the empirics of a modern greek tragedy. *Social Science & Medicine*. 2014; 112:39-50.
40. Corcoran P, Griffin E, Arensman E, Fitzgerald AP, Perry IJ. Impact of the economic recession and subsequent austerity on suicide and self-harm in Ireland: an interrupted time series analysis. *International Journal of Epidemiology*. 2015; 44(3):969-77.
41. Pompili M, Innamorati M, Di Vittorio C, Baratta S, Masotti V, Badaracco A, et al. Unemployment as a risk factor for completed suicide: a psychological autopsy study. *Archives of Suicide Research*. 2014; 18(2):181-92.
42. Neri MC, coordenador. *Juventude e trabalho: qual foi o impacto da crise na renda dos jovens? E nos nem-nem?* Rio de Janeiro: FGV Social; 2019.
43. Jaen-Varas D, Mari JJ, Asevedo E, Borschmann R, Diniz E, Ziebold C, et al. The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. *Brazilian Journal of Psychiatry* [internet]. 2019 [acesso em 20 out 2022]; 41(5):389-95. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v41n5/1516-4446-rbp-1516444620180223.pdf>
44. Miranda-Mendizabal, A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, & cols. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health*. 2019;64(2):265-83.
45. Morken IS, Røysamb E, Nilsen W, Karevold EB. Body dissatisfaction and depressive symptoms on the threshold to adolescence: examining gender differences in depressive symptoms and the impact of social support. *The Journal of Early Adolescence*. 2019; 39(6):814-38.

46. Branco LM, Hilário MO, Cintra IP. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2006; 33(6):292-96.
47. Alves E, Vasconcelos FAG, Calvo MCM, Neves J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad. saúde pública*. 2008; 24(3):503-12.
48. Martins CR, Pelegrini A, Matheus SC, Petroski EL. Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. *Rev. psiquiatr. Rio Gde. Sul* [internet]. 2010 [acesso em 23 jul 2022];32(1):19-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v32n1/v32n1a04.pdf>
49. Burke S, Mckeeon P. Suicide and the reluctance of young men to use mental health services. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 2007; 24(2): 67-70.
50. Mars B, Heron J, Klonsky ED, Moran P, Rory COC, Tilling K, et al. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *The Lancet Psychiatry*. 2019; 6(4):327-37.
51. Borowsky I, Taliaferro LA, Mckormorris BJ. Suicidal thinking and behavior among youth involved in verbal and social bullying: risk and protective factors. *Journal of Adolescent Health*. 2013; 53(supl.1):S4-S12.
52. Geoffroy MC, Boivin M, Arseneault L, Turecki G, Vitaro F, Brendgen M, et al. Associations between peer victimization and suicidal ideation and suicide attempt during adolescence: results from a prospective population-based birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2016; 55(2):99-105.
53. Teixeira FS Filho, Rondini CA. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas *Saúde Soc* [internet]. 2012 [acesso em 13 out 2022];21(3):651-67. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n3/11.pdf>
54. Marchant A, Hawton K, Stewart A, Montgomery P, Singaravelu V,

- Lloyd K, et al. A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: the good, the bad and the unknown. *PLOS ONE*. 2018;13(3):1-26.
55. John A, Glendenning AC, Marchant A, Montgomery P, Stewart A, Wood S, et al. Suicidal behaviours, and cyberbullying in children and young people: systematic review. *Journal of Medical Internet Research* [internet]. 2018; 20(4):e129. doi: 10.2196/jmir.9044.
56. Comitê Gestor da Internet no Brasil - CGI.BR. TIC kids online Brasil. São Paulo: CGI.BR; 2019.
57. Comitê Gestor da Internet no Brasil - CGI.BR. TIC kids online Brasil. São Paulo: CGI.BR; 2018.
58. Odgers CL, Jensen MR. Annual research review: adolescent mental health in the digital age: facts, fears, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2020;61(3):336-48.
59. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic [internet] 2020 [acesso em 24 ago 2022];7(6):468-71. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30171-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30171-1/fulltext)

O Cuidado de Adolescentes em Crise: dinâmica da equipe no manejo à complexidade em Saúde Mental

Rossana Maria Seabra Sade^I, Nazareth Malcher^{II}

Resumo: Este capítulo objetiva discorrer sobre a complexidade do cuidado em Saúde Mental de adolescentes em crise psíquica grave, e a importância de novas abordagens como ponto estratégico para uma mudança de paradigma a esta atenção em saúde.

Palavras-chave: Cuidado; Saúde Mental; Crise.

Introdução - a Política de Saúde Mental Infantojuvenil

Nas últimas décadas, a Reforma Psiquiátrica mundial apresentou várias ações no modelo de atenção em Saúde Mental, que priorizam a inclusão social, a cidadania e a autonomia das pessoas com sofrimento psíquico, desconstruindo o conceito de normalidade, associado ao padrão social estabelecido, que define o parâmetro entre a normal e a loucura. Basaglia¹, ao questionar os diagnósticos de doença, contestou a Psiquiatria enquanto detentora do poder propondo uma nova dinâmica nas

- I Rossana Maria Seabra Sade (seabra.sade@unesp.br) é Psicóloga, Especialista em Educação Especial pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Mestre em Educação pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), Doutora em Educação pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Pós-Doutorada em Desinstitucionalização pelo Dipartimento di Salute Mentale do Centro Collaboratore OMS per la Ricerca e la Formazione, em Trieste, na Itália, onde é Pesquisadora e Colaboradora, atua como Professora na UNESP, Ex-Coordenadora da Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
- II Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva (malchersilva@unb.br) é Terapeuta Ocupacional pela Universidade Estadual do Pará (UEPA), Especialista em Saúde Mental, Mestre e Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UNB), Pós-Doutorada em Psicologia UFPA e pela Università degli Studi di Torino, na Itália, Docente do Curso de Terapia Ocupacional na Faculdade Ceilândia, Universidade de Brasília (UNB), Coordenadora do Grupo de Pesquisa Fenomenologia e Cotidiano (FOCO), Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA), atua como Pesquisadora do Núcleo de Pesquisas Fenomenológica (NUFEN).

relações entre cuidadores enquanto atores sociais e os usuários de saúde, buscando um eixo nesta tênue linha chamada de normalidade que, quando rompida, é denominado pela Psiquiatria de Crise.

Neste cenário, mostra-se relevante discorrer sobre o processo de trabalho na complexidade do cuidado da crise de adolescentes e desta forma auxiliar as equipes que atuam nos serviços.

Conforme Rossi e colegas², ao longo da história do Brasil, ações de cuidado em Saúde Mental voltadas para adolescentes ficaram na omissão, exclusão e assistência, sendo fortemente marcadas pela institucionalização.

A Saúde Mental infantojuvenil teve forte evolução após o “Estatuto da Criança e do Adolescente” (ECA), promulgado 1990³ e em 2002, com a implantação dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPS-IJ) – serviço direcionado à atenção específica a esta população com sofrimento psíquico⁴.

Cavalcante e colegas⁵ analisam que apesar desses avanços históricos, a população infantojuvenil tem ainda pouca visibilidade no cuidado em Saúde Mental, e o foco continua a se dar principalmente nos signos psicopatológicos da Psiquiatria tradicional. As abordagens inovadoras psicossociais que levam em consideração a experiência do adoecimento, as práticas de acolhimento, o vínculo e o protagonismo tornam-se apenas complementares.

Adolescência e a vivência da crise como processo multidimensional

A adolescência é um processo existencial, ontológico e universal, rico e complexo, com peculiaridades influenciadas pelo contexto, como a cultura ou mesmo as vulnerabilidades sociais. Esta vivência ocorre também enquanto processo histórico, na qual Lévy⁶ refere que, no século XXI, o jovem relaciona-se e, desta forma, altera-se com o seu meio; ou seja, realiza a aquisição de uma identidade própria, diferenciada da sua identidade anterior, passando a contestar o mundo adulto e suas regras.

Portanto, o adolescente está em vias de transformação, imerso em um processo profundo de revisão de seu mundo interno e de suas he-

ranças infantis⁶; e vivenciando processo factuais como as transformações corporais e a percepção da realidade externa, voltando-se para seu mundo interno, com introspecção.

O processo de introspecção e percepção externa, em paralelo à busca da autonomia, identidade e reconhecimento dos adolescentes, é influenciado por contextos diversos, proporcionando estados mentais tais como: ansiedade, angústia e depressão, que podem gerar dor existencial e formas de crises.

Meltzer⁷ refere que este jovem desenvolve uma busca infindável por quatro refúgios psíquicos: a família, o mundo adulto, os outros adolescentes e o isolamento, nos quais, a normalidade estaria numa dinâmica flexível entre esses espaços e onde a psicopatologia seria a fixação rígida. Afinal, ninguém se desenvolve sozinho, processos psicossociais, contexto históricos, sociais e dinâmicas relacionais afetam os adolescentes e podem também afetar suas dimensões de vida.

Se de um lado, traz em seu bojo conflitos e tensões em muitas situações, esse processo é a garantia que a sociedade tem de uma renovação constante de valores. Os jovens, com seu vigor e sua coragem, questionam costumes e vícios aos quais os adultos com sua prudência, muitas vezes, já se acomodaram. Assim, o processo adolescente tem uma dupla importância, é, por um lado, um momento do ciclo vital que permite ao indivíduo amadurecer, revisar e reelaborar situações de sua infância e preparar-se para a vida adulta; e por outro, um elemento renovador do processo cultural⁸ (p. 139-140)

Assim, a adolescência é uma fase do ciclo vital que representa diferentes formas de estar no mundo, pelo senso identitário da autoimagem e elaboração de perspectivas nas coisas do mundo, podendo tornar-se uma experiência de inserção ou exclusão social, esta última quando o jovem passa pela vivência de uma crise psíquica grave.

A palavra 'crise' remonta ao sânscrito, onde *kri* significa limpar, desembaraçar e purificar⁹. No grego, *krisis* significa: separação, decisão, definição. No latim (*crisis*) significa ruptura, término; ou seja, é uma concepção polissêmica, carregada de amplo significado, na maioria associada à mudança e à transformação. Por isso, parece injusto manter o status negativo designado pela Psiquiatria.

É difícil haver uma definição única de crise em Psiquiatria; porém, qualquer definição deve considerar a organização psiquiátrica existente em determinado local e contexto histórico, além dos problemas biopsicossociais etc.¹⁰.

A crise psíquica é, assim, uma complexa vivência existencial, em duas dimensões: (i) biológica sintomatológica, que afeta o meio social; e (ii) do sujeito social, com singularidade, significação e microssocial. Como uma experiência complexa multidimensional há necessidade de complexas estratégias também muito diversificadas, com a reconstrução do percurso holístico do adolescente, para recomposição da ruptura pela narrativa da experiência do fenômeno, onde “cuidar da crise é abrir espaço de si para o outro”¹¹ (p. 68).

Portanto, todas as intervenções devem estar atentas para a complexidade da crise e não para reduzir sintomas; é na crise psíquica grave que se constrói os laços e o processo terapêutico, sendo um dos fenômenos de maior dimensão na Saúde Mental, por estar carregada do modelo social de normalidade, causando um grande sofrimento ao indivíduo que o vivencia e em todos que compartilham o seu entorno.

Além disso, paralelamente à crise, é importante destacar o adolescente e seu processo de desenvolvimento humano como condição de normalidade. Ou seja, o cuidado da crise deve estar amparado pelo olhar atento também aos aspectos de vivência enquanto fase de vida, com características peculiares, que condiz com processos de normalidade e favorece um olhar integral sobre a pessoa.

Na interação com a patologia, normalidade e desenvolvimento do adolescente mostram-se como desafios para o cuidado por atores, como a família e os profissionais de saúde, pela dificuldade de compreensão e de se dissociar cada aspecto, de entender que não se trata de uma passagem rígida, mas sim influenciada por fatores culturais e dinâmicas intergeracionais ou intrafamiliares; visão rígida que fortalece apenas o processo psicopatológico que processualmente só favorece mais crise, prejuízos, isolamento social entre outros.

Lobosque¹² destaca em suas observações alguns traços comuns à experiência da crise, como o seu caráter de invasão e os danos em consequências a esta vivência como no próprio corpo e, também, na perda de privacidade, ao tornar o indivíduo exposto e portador de sofrimento

psíquico.

Ferigato e colegas¹³ destacam que a vivência da crise e de processos de ausência de representação não significa necessariamente a ausência de sensações e afetos. Ao mesmo tempo, destaca que esta vivência não é caracterizada por um déficit, sendo considerada por muitos profissionais como um período improdutivo e não como construção de possibilidades de ressignificação; período que pode ser denominado também como metamorfose, de saída de um lugar historicamente dado para outro lugar a ser simplesmente reconstruído, por seu caráter também inédito.

Dimensões sobre a vivência de uma crise psíquica

Toda transformação dos modelos psiquiátricos deve estar pautada na construção de novas formas de possibilidades; na qual a pessoa com sofrimento psíquico tenha participação ativa em todos os processos de mudanças.

A mudança do modelo biomédico para um modelo de direitos humanos é a base da nova Orientação da Organização Mundial de Saúde¹⁴, paradigma que deve permear todas as ações dos serviços de saúde mental comunitária.

Esta análise nos permite avaliar a importância de modelos de abordagem à 'crise' que resgate o olhar na existência e no sofrimento da pessoa, outro saber não mais centrado no paradigma doença-cura (que está associado ao controle social), mas que passa a rever o papel dos serviços no qual é fundamental promover modos diversos de reprodução social, em particular com o usuário e seus familiares. Todo processo passa a ser voltado para que o indivíduo possa afrontar a crise, desenvolvendo habilidades de enfrentamento, visando a redução de crises futuras, diminuição de medicamentos e retomo ao controle de sua vida o mais breve possível.

Buscando uma nova *práxis* de cuidados para pessoa em crise, iniciou-se no contexto internacional atendimentos alternativos à internação, com o cuidado do indivíduo em seu domicílio e em um ambiente menos restritivo, permitindo que retorne rapidamente ao seu cotidiano; desta forma evitando sua entrada no circuito psiquiátrico.

Conforme D'Acqua e Mezzina¹⁰, o circuito psiquiátrico não se refere apenas ao hospital psiquiátrico e ao paradigma cultural de referência, onde as práticas são realizadas com intervenções fragmentadas e não coordenadas, o percurso terapêutico configura-se por inúmeras etapas, com idas e vindas ao serviço, confirmando sua presença no circuito. Nesta forma o sistema tende a reduzir a complexidade do indivíduo, diminuindo seu empoderamento contratual.

Muitos dos serviços da rede de atenção ainda são bastante voltados ao modelo biomédico, sem um diálogo com o universo que envolve o adolescente em crise e com acesso de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico no cotidiano dos serviços de Saúde Mental facilitados pela entrada do circuito psiquiátrico, como descrito, e onde a vida deste adolescente torna-se uma constante ida e vinda no serviço, dificultando o exercício de seu protagonismo.

De acordo com Rossi e colegas² muitos estudos indicam uma prevalência de internações, como intervenção prioritária à crise, bem como apontam as dificuldades na implementação de alternativas à atenção hospitalar. Nessa direção, permanecem no cenário nacional práticas de atenção à crise predominantemente medicalizantes e hospitalocêntricas, utilizando contenções físicas e altos níveis de medicação. Soma-se a este quadro, o processo de judicialização da Saúde Mental, principalmente no âmbito da infância e adolescência, fator que impõe internações compulsórias, levando essas pessoas à perda do contato social e a um início do percurso psiquiátrico.

As internações podem ser longas, em locais distantes de sua residência habitual, levando à desconexão de amigos e familiares e à separação do jovem da educação ou do emprego. Estes encargos são especialmente ampliados para a pessoa que sofre admissões repetidas no serviço¹⁵. No hospital psiquiátrico, o medicamento exerce a função de deixar o ator social dócil, sendo utilizado como forma coercitiva para fins de contenção.

Conforme Colapietro¹⁶, deve-se estar atento a entender até que ponto as estruturas substitutivas rompem de fato com a psiquiatrização. O consumo de psicofármacos pode tornar mais sutil o controle por meio da neurobioquímica, deixando os indivíduos acorrentados a si mesmos.

Este é o controle do sistema ou da dor destes protagonistas?

É um desafio a crise poder se desenvolver no espaço coletivo e o ator social poder atravessá-la sem perder seu vínculo com seu ambiente, mantendo as pessoas significativas de sua vida, permitindo ampliação de possibilidades e novos laços com o serviço de saúde.

Objetivando redução de crises futuras, a diminuição de prescrição de medicamentos, possibilitando gradativamente que a pessoa retome o controle de sua vida, novos serviços para a pessoa em crise psíquica grave foram implementados em diversas partes do mundo, como as equipes domiciliares de suporte à crise. A Austrália e os Estados Unidos foram pioneiros na década de 1970 e, em 2000 na Grã-Bretanha foi implementado no Plano Nacional de Saúde com equipes domiciliares de suporte à crise¹⁷. O modelo britânico de gestão de crises psiquiátricas domiciliares tem sido fundamental para a implementação do Plano Nacional de Serviços de Saúde Mental no Brasil¹⁸.

Portanto, faz-se necessário buscar serviços com ações desinstitucionalizantes. Para Shepperd e colegas¹⁹, ao avaliarem a eficácia de diferentes modelos de serviços extra internações concluíram que, ainda que as pesquisas não apresentem muitas orientações para o desenvolvimento e implantação de serviços, os jovens que receberam intervenções domiciliares, em momentos de crise, apresentaram retorno a seu cotidiano em tempo breve. Desse modo, diante da complexidade dos fatores ligados à Saúde Mental infanto-juvenil, e dos norteadores da literatura científica, faz-se necessário novos estudos voltados às “Boas Práticas”, que possam auxiliar na compreensão da vivência da crise e na atenção junto a esta população.

De acordo com Sade e colegas²⁰, o manejo precoce da crise em saúde mental é fundamental para um bom prognóstico e adesão ao cuidado. Experiências de cuidado domiciliar em crises em Saúde Mental podem auxiliar gestores e profissionais de saúde na proposição de práticas inovadoras, oferecendo um apoio alternativo à internação.

Segundo Sjolie e colegas 2010²¹, nos últimos dez anos, houve uma grande mudança nos serviços de Saúde Mental, incluindo os serviços de resolução de crises e o tratamento domiciliar (SRCTD).

Conforme exposto, alguns países ocidentais passaram por grandes

mudanças de paradigma na Saúde Mental ao longo das últimas quatro décadas, sendo implementado o cuidado à crise para pessoas em suas casas e não por meio de hospitalização. O domicílio é um espaço de troca, descobertas de novas subjetividades, reencontro da memória e história pessoal de cada pessoa. Neste contexto, as relações de poder são transparentes e os sentimentos são verbalizados; onde o desafio é criar construções de intervenções. Os atores sociais, neste novo cenário, participam das reuniões de equipe na elaboração e discussão dos projetos terapêuticos, debatem seu cuidado e elaboram sua crise. Enfim, começam a retomar sua vida por inteiro.

De acordo com Amarante²², o trabalho no território promove a Saúde Mental, sendo uma reprodução de vida, de subjetividade. Nele se estabelecem as relações entre as pessoas, revelando um espaço dinâmico e com competência de operar transformações, tanto nas instituições como na comunidade. Tais transformações podem ocorrer de forma direta nas visitas domiciliares, diálogos com a vizinhança ou movimentos sociais, sendo um trabalho em rede e de desconstrução de saberes voltados para a mudança de paradigma.

A revisão da literatura também apontou que o cuidado no domicílio oferece benefícios potenciais, reduzindo os altos custos e as experiências negativas que as pessoas em sofrimento psíquico têm com hospitalizações¹⁷. Os estudos quantitativos incluídos em revisão trazem que em média apenas 20% das pessoas atendidas pela equipe domiciliar de crise são hospitalizadas²³. Um estudo realizado na Noruega com pessoas atendidas por equipes de crise avaliou que as chances destas serem hospitalizadas foram maiores entre aquelas com risco de suicídio e história prévia de hospitalizações²⁴.

Na Inglaterra, um estudo observou que os principais preditores de hospitalização após os atendimentos da equipe de crise foram: baixa cooperação na avaliação inicial; risco de suicídio; hospitalizações anteriores; histórico de hospitalizações involuntárias; ter sido avaliado fora do horário comercial ou em clínicas²³. Também em outubro de 2017, a *Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste-Itália* iniciou o serviço com uma equipe domiciliar de crise, no original *Crisis Resolution Home Treatment* (CRHT); após um ano constatou-se os seguintes dados: fez 124

avaliações e admitiu 59 pessoas. Em relação aos sintomas psiquiátricos observou-se, no momento do desligamento, uma melhora significativa em 93% das pessoas em seu funcionamento global. Os dados apontam uma redução de internações compulsórias de 29,4% no primeiro semestre de 2018 e de 78,8% no segundo, se comparado a 2017²⁵.

De acordo com Pereira e colegas²⁶, é importante analisar a complexidade das dificuldades envolvidas no acompanhamento de adolescentes com graves problemas psicossociais no cuidado à crise, sendo um momento ímpar da assistência à Saúde Mental, que envolve um forte sofrimento psíquico não apenas do adolescente como por parte da família. Verifica-se que, frente a essas situações, as estratégias de intervenção em sua maioria são hospitalocêntricas, contenções físicas e medicamentosas em hospital geral. Ainda, de acordo com este autor, o mandato social pela "loucura" parece ser assumido pelos serviços desinstitucionalizantes de hospital geral, tornando os CAPS-IJ, muitas vezes manicômios difusos, organizados sob a lógica revolving door, em que representam o percurso do circuito psiquiátrico.

Nesse sentido, é fundamental intervir nas 24 horas iniciais da primeira crise, fortalecendo o adolescente para que rompa a entrada neste circuito, por meio da interlocução com todos os serviços. Todas as ações integradas permitem um trabalho preventivo, ocasionando diminuição da demanda dos serviços de Saúde Mental e as despesas do estado com medicamentos, que advém do empoderamento da pessoa em crise no seu processo de *recovery*.

A crise deve ser analisada como uma complexa situação existencial e um momento de crescimento. Em 10 de junho de 2021, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou um documento de 300 páginas intitulado "Orientação sobre Serviços Comunitários de Saúde Mental: Promovendo Abordagens Centradas na Pessoa, baseadas em Direitos"¹⁴. Embora esta recomendação de alternativas de atenção psicossociais esteja explícita, o foco predominante do atendimento em muitos contextos continua a ser o diagnóstico, a medicação e a redução dos sintomas.

Determinantes sociais críticos, que afetam a Saúde Mental das pessoas como violência, discriminação, pobreza, exclusão, isolamento, insegurança no trabalho ou desemprego, falta de acesso à habitação, às redes

de segurança social e aos serviços de saúde, são muitas vezes esquecidos ou excluídos dos conceitos e práticas de Saúde Mental. Desconsiderando esses determinantes sociais e apenas focando os sintomas e sinais do sofrimento, a atenção em saúde acaba levando os profissionais aos diagnósticos e à dependência excessiva de drogas psicotrópicas em detrimento das intervenções psicossociais¹⁴.

Produção do trabalho no cuidado à crise psíquica

No contexto do cuidado da crise de adolescentes, torna-se uma prioridade a construção de processos de trabalho que corresponda aos princípios da Política de Saúde Mental Infante-Juvenil²⁷, mas também que desenhe práticas reais e efetivas que correspondam às demandas da pessoa ante a sua própria crise.

De acordo com D'Acqua e Mezzina¹⁰, a pessoa deveria passar pela crise continuando seu percurso existencial; sendo assim, a intervenção à crise poderia ocorrer em lugares da vida do indivíduo, mantendo seu vínculo com sua rede significativa e ampliando a construção de novas redes de relação e, desta forma, permitindo a elaboração de novos dispositivos de atenção à crise e ampliando as possibilidades de vida.

Para Martins²⁸, a Reforma Psiquiátrica brasileira aponta novos paradigmas em torno de situações de crise; entretanto, as práticas clínicas, muitas vezes enrijecidas, determinam significações e consequentes intervenções que não possuem um olhar para a sua complexidade e nem para o seu caráter subjetivo e intersubjetivo. Na maioria das vezes, focamos a crise na pessoa em sofrimento psíquico e não questionamos o serviço, suas concepções e o contexto de vida do indivíduo em crise.

Dell'Acqua e Mezzina¹⁰ indicam a responsabilidade como uma dimensão da atuação profissional no momento mais complexo do atendimento à pessoa em sofrimento psíquico grave. A tomada de responsabilidade, corresponde ao cuidado, à complexidade da crise e às suas diversas dimensões, que necessita de ações multidimensionais e uma intervenção imediata.

Para este processo as equipes precisam criar estratégias diversas no cotidiano dos serviços, como a educação continuada permanente em

saúde, reuniões de equipe sistemáticas administrativas e clínicas, estruturação de um fluxo de trabalho que desenvolva o processo do projeto terapêutico singular (PTS). No processo de cuidado a um adolescente em sofrimento psíquico e na vivência de uma crise, os profissionais da saúde precisam compreender as dimensões de interconexões da pessoa na sua relação com o mundo e assim apreender de fato o sentido da vivência da crise.

É significativo fortalecermos uma prática clínica psicossocial, como um conjunto de ações que busquem o fortalecimento, a inclusão e o exercício de direitos. Neste sentido, reconhecer e incluir nas *práxis*, diretrizes que compõem o paradigma da Política Nacional de Saúde Mental brasileira²⁹, como: território, rede, acolhimento, integralidade, cidadania e autonomia. Para isso, inicialmente, os profissionais devem refletir no processo de trabalho algumas questões: (I) como o adolescente vive, experimenta e se relaciona na sua expressão cotidiana?; (II) qual a compreensão que se impõe no cuidado sobre a vivência da crise?; e (III) como ressignificar a vivência da crise no protagonismo da pessoa?

As *práxis* e estratégias terapêuticas devem ser construídas conjuntamente com o adolescente, contratualizando, investindo no protagonismo, iniciativas e corresponsabilidades. Neste percurso, poder construir um projeto de vida seguindo ações que trabalhem com ofertas e não restrições; conhecer as habilidades e rotinas e não apenas as limitações da pessoa; não ocasionado pela crise em si; possibilitador de fluxos interacionais de afetos para compreensão tanto de si como do outro; evitar infantilização, valorizando sua fase do desenvolvimento, qual seja, de individualização e de potência. Ou seja, desenvolver espaços de liberdades narrativas vivenciais.

Compreendemos a necessidade de repensar o fazer e a atuação no cuidado à crise, com novas abordagens para a pessoa em crise psíquica grave. A abordagem principal está no confronto da pessoa com sua crise, objetivando redução de crises futuras, diminuição de medicamentos e ações centradas no indivíduo, que promovam o controle de sua vida com autonomia. A equipe domiciliar de suporte intensivo à crise considera que pessoas com sofrimento psíquico muitas vezes são destituídas

do controle de suas vidas. Nesses casos, o adolescente é desconsiderado enquanto sujeito de direitos, o que contraria o apregoado pelas políticas públicas e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que determinam que os serviços devem resguardar o desenvolvimento físico, mental, educacional, social e espiritual da criança e do jovem, em condições de liberdade e dignidade³. Para atender esses princípios, no processo de cuidado da equipe de crise, outras abordagens podem ser trabalhadas, como: gestão autônoma da medicação, grupo de pares, grupos de ouvintes de vozes, entre outros.

A equipe de suporte intensivo domiciliar é um serviço que visa cuidar em liberdade, promovendo um atendimento desinstitucionalizantes, devendo ser proativa, dinâmica e propiciar o protagonismo da pessoa em sofrimento psíquico grave como a primeira voz no seu cuidado. Portanto, todas as ações devem ser “portas abertas”; a pessoa em crise necessita de cuidado e não de repressão.

Considerações finais

O processo de trabalho nos serviços de Saúde Mental apresenta como tenaz o envolvimento e motivação dos profissionais. A Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil aborda que os profissionais devem considerar que as pessoas são singulares, não representam apenas o signo psicopatológico da crise, não representam apenas a normatização social de normalidade, possuem um pertencimento territorial e existencial e integram uma rede diversificada primária e intersetorial. Afinal, a abordagem dos profissionais deve buscar protagonismo no processo do cuidado e, neste sentido, alguns aspectos devem ser considerados no cotidiano:

- atuar com estratégias que ampliem recursos do adolescente e não apenas restrito à crise em si;
- conhecer as habilidades e interesses do adolescente;
- possibilitar narrativa livre para compreensão de como a pessoa vivencia a crise;
- não focar o cuidado em processos de culpabilização, expectativas,

justificativas e planejamentos;

- desenvolver a cultura de responsabilização em todos os momentos;
- criar ambiente acolhedor e de positividade para o enfrentamento à crise numa perspectiva de todos os atores e não apenas do adolescente em si;
- fazer escuta organizada que facilite a expressão voltada à reconstrução e emancipação;
- desenvolver recursos que incentivem o protagonismo, com sentido para a autoprodução, reflexões e decisões;
- criar uma cultura do cuidado, criando ambientação coletiva em parcerias com atores primários, interinstitucional, entre outros.

Assim, combate-se estratégias de intervenção que, em sua maioria, vêm sendo hospitalocêntricas, de contenções físicas e medicamentosas no hospital geral e cria-se uma cultura de cuidado para os adolescentes, jovens e também para suas famílias; intervindo-se nas 24 horas iniciais da primeira crise, fortalecendo o adolescente para que este rompa a entrada neste circuito, por meio da interlocução com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com ações integradas e um trabalho preventivo que diminui a demanda dos serviços de saúde e despesas do Estado com medicamentos, promovendo empoderamento da pessoa em crise em seu processo de *recovery*.

Nesta compreensão ampliada do cuidado da crise, é importante estudar novas práticas substitutivas, para que possamos ter uma rede de Saúde Mental comunitária forte e atuante. Concluimos, citando Rotelli³⁰, que refere que a liberdade só é terapêutica quando não se deixa a pessoa só, pois a liberdade é um fato coletivo.

“É preciso que estejamos juntos para sermos livres. Ninguém pode ser livre sozinho, ninguém pode ser livre se não se tem uma finalidade comum a todos.”³⁰ (p. 41)

Referências

1. Basaglia F. A instituição negada. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
2. Rossi LM, Marcolino TQ, Speranza M, Cid MFB. Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2019 [acesso em 20 no 2022]; 35(3): e00125018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v35n3/1678-4464-csp-35-03-e00125018.pdf>
3. Brasil. Lei nº 8.069. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Brasília (DF); 13 jul 1990.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria no 336. Diário Oficial da União. 19 fev 2002.
5. Cavalcante C, Jorge M, Santos D. Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. *Physis*. 2012; 22(1):161-178.
6. Levy P. A conexão planetária: o mercado, o ciberespaço, a consciência. São Paulo: Ed.34; 2001.
7. Meltzer D. Seminários de Novara, teoria psicanalítica da adolescência. *Quaderni di psicoterapia infantile*. Roma: Borla; 1978.
8. Eizirik CL. O ciclo da vida humana uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed Editora; 2001
9. Boff L. Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 2002.
10. Dell'Acqua G, Mezzina R. Resposta à Crise. In: *A Loucura na Sala de Jantar*. [Resenha]. São Paulo, 1991. p. 53-79.
11. Costa II. A crise psíquica enquanto paradigma do sofrimento humano. (re) pensando o psíquico como expressão do existir e seu cuidado. In: Farias NJ, Holanda AF, organizador. *Saúde mental, sofrimento e cuidado*. Curitiba: Juruá; 2017. p. 65-94.
12. Lobosque AM. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond; 2001.
13. Ferigato SH, Campos RTO, Ballarin ML. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*. 2007; 6(1):35.

14. Organização Panamericana de Saúde – OPAS. Organização Mundial da Saúde - OMS. Orientação sobre Serviços Comunitários de Saúde Mental: promovendo Abordagens Centradas na Pessoa, baseadas em Direitos [internet]. [acesso em 06 fev 2023]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56614/9789275726440_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y
15. Clisu D, Layther I, Dover D, Viner RM, Read T, et al. Alternativas para internações de saúde mental para crianças e adolescentes em crise de saúde mental: uma revisão sistemática da literatura. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* [internet]. 27(1):35-60, 2022. doi: 10.1177/13591045211044743
16. Colapietro R. Oficina Universitária. In: Sade RMS, organizador. *Portas Abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas*. Marília: 2014. p.111-127.
17. Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A, Fitzgerald C, Fullarton K, et al. Implementation of the crisis resolution team model in adult mental health settings: a systematic review. *BMC Psychiatry* [internet]. 2015; 15:74. doi: 10.1186/s12888-015-0441-x. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0441-x>
18. Ministério da Saúde (BR). *Plano nacional de serviços de saúde Mental no Brasil*. Brasília (DF); 2000.
19. Shepperd S, Doll H, Gowers S, James A, Fazel M, et al. Alternatives to inpatient mental healthcare for children and young people. *Cochrane database syst ver*. 2009 [acesso em 28 jun 2022]; 15;(2):CD006410. doi: 10.1002/14651858.CD006410.pub2
20. Sade RM, Goljevscek SE, Corradi-Webster CM. Suporte domiciliar intensivo para crises em saúde mental: experiência da equipe de crise territorial de Trieste - Itália. *Saúde soc* [internet]. 2020 [acesso em 20 abr 2023]; 29(3): e190831. e190831. EPUB 14-Ago-2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902020190831>
21. Sjølie H, Karlsson B, Kim HS. Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome - a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009; 17(10):881-92, 2009. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01621.x.

22. Amarante PA. (Clínica) e a Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Nau editora; 2003. (Coleção Archivos).
23. Cotton MA, Johnson A, Bindman J, Sandor A.; White IR, et al. An investigation of factors associated with psychiatric hospital admission despite the presence of crisis resolution teams. *BMC Psychiatry*. 2007; 7: 1-11.
24. Hasselberg N, Grawe RW, Johnson S Saltyte-Banth J, Ruud T. Psychiatric admissions from crisis resolution teams in norway: a prospective multicentre study. *BMC Psychiatry*, 2013; 18(13):117.
25. Sade RMS, Sashidharan SP, Silva MNRMO. Caminos y desvios en la trayectoria de la reforma psiquiátrica brasileña. *Salud Colectiva*. 2021; 17:3563.
26. Pereira M, Castilho Sá M, Miranda M. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2014; 30(10):2145-2154. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00185113>
27. Ministério da Saúde (BR). Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil. 2.ed. Brasília (DF); 2005.
28. Martins AG. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. *Mental*. 2017; 11(20):226-242
29. Brasil. Lei no 10.216 - Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. Diário Oficial da União. 6 abr 2001.
30. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

Projetos Terapêuticos Singulares sem Controle

Paulo Cezar da Silva¹

Resumo: Aborda-se a importância dos Projetos Terapêuticos Singulares na promoção em Saúde Mental de adolescentes e jovens, destacando os critérios de protagonismo de cuidado e promovendo a reflexão crítica sobre a utilização de critérios tecnocêntricos e médico centrados, como a “classificação por gravidade” para a indicação ou destes instrumentos, que terminam por estabelecer barreiras para este cuidado em saúde.

Palavras-chave: Projeto terapêutico singular; Saúde mental; Assistência à saúde; Adolescência e juventude.

Introdução – os pressupostos do Projeto Terapêutico Singular

Quando tratamos sobre Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)¹ para a Molecada, das primeiras coisas a considerarmos é a desconstrução da ideia de procedimento ou protocolo para atendimento. Isso porque estamos tratando de construir, conjuntamente com os sujeitos dos processos de cuidado, laços consigo mesmos e, a partir destes, a possibilidade de estendê-los para aquelas situações, projetos, desejos e construções que efetivamente lhes façam sentido para a vida. É preciso diferenciá-lo então da perspectiva de tratamento, comumente associada ao sofrimento e buscar vinculá-la às possibilidades de ampliação das experiências e da perspectiva de ganhos em qualidade de vida².

A considerar a Molecada, também devemos levar em conta que, his-

¹ Paulo Cezar da Silva (assistentesocial.paulo@gmail.com) é Assistente Social pela Universidade de Santo Amaro (UNISA), Gestor do Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil III (CAPS-IJ III), Santana.

toricamente, a infância e a juventude vivenciam um “deslugar”^{II,3}, sendo relegados à invisibilidade social, à negação dos seus desejos, ideias, decisões e escolhas; lugar em que se encontram a ser, muitas vezes, dialogado por uma interlocução de tutela das escolhas e das avaliações de percursos, em nome do que o universo adulto impõe como sendo o melhor para eles⁴; numa lógica de adequação e onde não há poder de contratualidade. Logo, subverter estas lógicas de controle, cerceamento e patologização, em defesa da liberdade e do protagonismo da Molecada é fundamental⁵. E, com o objetivo desta subversão, o PTS se insere, como uma oportunidade de promover esta “desobediência criativa” no contexto de produção de um cuidado que faz sentido.

Das diversas perspectivas e olhares sobre a construção de projetos terapêuticos singulares, é importante lembrar da sua legitimação na Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde² destaca, como pontos-chave de forma sintética, para a sua construção: o diagnóstico e a análise situacional; a definição de ações e metas; a divisão de responsabilidades e a reavaliação. Mas há, ainda, concepções que convergem para limitar o uso deste instrumento, buscando estabelecer sua construção de forma eletiva para os casos considerados mais complexos ou graves, novamente atrelando a singularidade e o caráter terapêutico a uma relação muito estrita com o sofrimento¹.

Então, considerando a singularidade de cada sujeito, que compõe a Molecada, não hesitamos aqui em fazer uma defesa radical, da oportunidade de acesso de forma ampla e irrestrita ao PTS, a todos. Além do protagonismo desta população na construção efetiva deste projeto; e, com a possibilidade de cocriação do seu Projeto Terapêutico Singular, no acesso a qualquer espaço de cuidado da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Neste sentido, ao refletirmos o caráter singular e de protagonismo no cuidado, a utilização de critérios como o de “classificação por gravidade”, por exemplo, visando definir a indicação ou não para que seja efetivado um PTS, denota, além do estabelecimento de barreiras de acessos à referida estratégia de cuidado, também o estabelecimento de formas de

II O conceito de “deslugar” é um neologismo criado por Relph² para designar as formas estandarizadas, repetidas e com uniformidade de sequência; em 1980 definiu mais explicitamente a deslugaridade, como associada ao mundo moderno a perda da diversidade e do significado destes lugares.

controle baseadas em parâmetros mecânicos, tecno cêntricos ou médico-centrados, constituídos em geral de maneira hierarquizada, institucionalizante e rigidamente protocolizada; nos levando a refletir sobre para quem é o PTS.

Logo, é importante refletir que estamos tratando do PTS que é do usuário e não do serviço. Assim, as percepções de necessidade sobre o que é terapêutico para cada um e as questões que lhes serão mais latentes não cabem ser estabelecidas a partir de uma relação de poder que determine se lhes é indicado ou não a construção de um PTS. Pois, de alguma forma, as questões mais latentes e sensíveis sempre permearão os espaços de cuidado e estarão sendo colocadas sob as mais diversas formas e expressões de estar e ser, com risco de serem invisibilizadas⁶. Ao mesmo tempo em que a avaliação da não indicação para construção de um PTS poderia acarretar na menor potencialização das ações profissionais e na menor assertividade na produção do cuidado enquanto serviço.

Desta forma, para ampliar esta reflexão retomaremos as concepções de PTS originadas na Luta Antimanicomial¹. Em que, uma perspectiva primordial e fundante na construção das políticas de Saúde Mental⁷ e da Reforma Psiquiátrica é a defesa intransigente dos Direitos Humanos. Neste sentido, trata-se de oportunizar a cada sujeito compor o seu “desenho” de caminho, a ser trilhado, com a garantia de total respeito por esta escolha. Aproveita-se, ainda, para acrescentar neste percurso a importância de que possamos subverter algumas lógicas estabelecidas, como a figura da “referência”, dando lugar a de “parça”; que, para além de uma adaptação semântica, represente a relação estabelecida de cuidado, se constitua enquanto uma figura que efetivamente acompanhe este sujeito na experimentação⁵ dos seus “rolês” validados em PTS, visando apoiá-lo, sobretudo, respeitando as condicionalidades do seu momento, dos seus desejos e o tempo de cada um.

Considerando então os Projetos Terapêuticos Singulares para a Molecada, somos convidados a mergulhar em perspectivas libertárias, de construções que possam ser plenamente horizontalizadas e permeadas por relações de afeto e efetivamente de um cuidado sem controle^{4,5}.

Logo, para todos os usuários que demandem acompanhamento em espaços de saúde, tendo a garantia desta construção conjunta, o PTS

torna-se um instrumento importante para auxiliá-los em suas autopercepções das demandas de cuidado; assim como por meio das diversas experiências vivenciadas conjuntamente no caminhar de seu processo propicie aos profissionais novas reflexões e produções de saber, para também retroalimentar suas práticas, assim como as muitas outras ações na RAPS.

O processo de construção dos PTS

Quanto ao processo de construção do PTS, reconhecidamente como estratégia de cuidado em que o usuário é o protagonista do seu percurso; não deve ser este instrumento tratado apenas como uma etapa da inserção do mesmo em um determinado espaço de saúde. É preciso compreender que o projeto terapêutico de cada um se inicia a partir do momento em que se estabelece a relação com este sujeito. Então, podemos dizer que a construção se inicia das diversas formas que o usuário venha a tomar contato com a relação de cuidado; seja a partir da forma como é acolhido em um determinado serviço, quando é abordado nos territórios em que este atua, ou quando estabelece uma relação de “parça” para trocar as suas experimentações cotidianas. É um processo fundamental de nos conhecermos e nos encontrarmos uns aos outros.

Entrar na relação é determinante para que se possa estabelecer conexão entre o que é trazido pelo usuário, as reflexões construídas a partir das trocas realizadas e as pactuações acerca do que realmente faz sentido para o sujeito. Sentido este que pode, inclusive, extrapolar os parâmetros e contornos burocráticos estabelecidos pelos serviços⁸.

Assim sendo, devemos ter claro que o desafio posto não é o de adequar as expectativas do usuário à realidade institucional, mas ampliar o horizonte profissional para alcançar o universo de cuidado proposto ou demandado por ele. Isto pode acontecer, seja através de instrumentos e estratégias existentes e conhecidas, seja pelo investimento criativo e inventivo na busca de outras possibilidades e, até, alçando em outros espaços e parcerias; ou seja, buscar no território do vivido aquilo que se entende^{4,5}, já que não será possível dispor objetivamente, pelo serviço ou até pela avaliação, o que melhor atenda às necessidades apresentadas

pelo sujeito. Uma construção horizontalizada e transterritorializada dos objetivos e dos caminhos é fundamental.

Muitas vezes nos deparamos com questões burocráticas em que pesa avaliar a efetividade do serviço ou da atuação profissional, a partir da existência concreta de formulários intitulados como PTS, seja para cumprimento de metas institucionais estabelecidas, como também para a reafirmação pedagógica junto aos profissionais e, até mesmo, com o intuito de alinhamento para a construção de formas de cuidado pactuadas na relação com os usuários⁵. Porém, a formalização de um projeto como contrato não deve ser o objetivo final, inclusive considerando a perspectiva plástica em que se constroem as relações e a dinâmica livre do vivido⁹.

Por isso, o PTS deve tornar-se a materialização das construções que dinâmica e cotidianamente são desenhadas e redesenhadas. Construções que são diversas, versáteis e multifacetadas e que possam vir a demonstrar-se efetivas, inclusive, não pelo cumprimento do contrato impresso, mas pela efetiva superação dele, frente à dimensão das experiências vivenciadas⁴.

O PTS, mais do que um documento, é algo vivo no processo de cuidado; algo a ser revisitado constantemente e atualizado enquanto sentido, cotidianamente. Daí a importância de conseguirmos diferenciá-lo de uma programação de pontuações ou grades de atividades estabelecidas nas quais o usuário é anatomicamente colocado; mas tratado como um projeto que ultrapassa a estadia do usuário em um determinado espaço e que o auxilia a inserir-se nos mais diversos contextos da vida.

Como ponto importante para a construção dos PTS, considera-se o estabelecimento de uma relação com o usuário, em que se dê importância à identificação a que nós, enquanto profissionais e enquanto serviço, temos na construção de experiências de cuidado. A Reforma Psiquiátrica traz, como fio condutor para a construção do cuidado, a lógica que salienta o estabelecimento das relações sociais e comunitárias como fundamentais e promotoras de Saúde Mental. Afinal, as relações de cuidado comunitárias dizem muito mais sobre a empatia, que pode mobilizar uns a cuidarem dos outros pela percepção da necessidade de acolhimento e identificação de suas necessidades, do que necessariamente de estabelecer um diagnóstico para identificar os usuários com uma patologia. Um

caráter libertário (e por que não anárquico?!) para estabelecer diversas formas de cuidado em comunidade.

Outro investimento importante para se alcançar esta plasticidade⁵, a ser realizado em diversos serviços, é o desapego institucional. Ou seja, a construção de PTSs que contemplem cada vez mais outros espaços que possam exercer função terapêutica na vida dos usuários e que não necessariamente sejam conduzidos estritamente por uma atenção nomeada como “especializada”, ou mesmo identificada como de saúde. É ousar constituir PTSs que digam mais de percursos de cultura, lazer, inclusão produtiva, esporte, movimentos e coletivos etc., e em que o próprio serviço de Saúde Mental venha a ocupar espaços cada vez mais coadjuvantes nos projetos de vida dos usuários⁸.

Esse empenho na desidentificação com a patologia ou com expectativas adaptativas⁴ tem implicação direta para que esta construção tão livre e ampliada não venha a ser “atropelada” pela retórica de um protagonismo vazio, em que o usuário se perceba sozinho, enquadrado num percurso “travestido” tecnicamente de autonomia. Neste caso, ao invés de potencializar as experiências, corre-se o risco de tornar o PTS inerte e vulnerável aos jargões técnico-protetivos do “não adere”, ou “não vincula”. Deste ponto, retornamos à reflexão sobre a importância de se reconhecer a figura do “parça” em todo este percurso.

A legitimação do termo “parça” se deu a partir de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil e Juvenil (CAPS-IJ) que, no processo de experimentação de relações totalmente horizontalizadas, sentiram a necessidade de não mais nomear como profissionais aqueles que caminhavam efetivamente juntos que eram denominados como referência⁵. Pois, se no contexto do vivido, “parça” é aquele com quem se pode efetivamente contar e que oferece a segurança de não se ausentar, inclusive nos momentos em que “dá ruim”, seria essa a melhor definição para aquele com quem se deseja construir um percurso de cuidado.

Esta descrição reafirma a dimensão importante que o profissional ocupa e se dispõem a compor na construção conjunta e horizontalizada de um PTS com o usuário. Refere-se àquele com quem se dispõe a estabelecer efetivamente relações de afeto, de se lançar em afetar o outro e se permitir ser afetado⁵. Desta forma, não se trata de uma questão de semân-

tica, mas da possibilidade de emprestar contratualidade e segurança para a tomada de decisões e para a realização de escolhas, mesmo que sejam diferentes das idealizadas pelo profissional; mas principalmente de garantir uma presença efetiva e menos burocrática nos percursos estabelecidos por cada sujeito, no caso, adolescentes e jovens¹⁰.

Considerações finais

Como já tratamos, o estabelecimento do PTS não é um acordo estanque de cumprimentos ou descumprimentos. É um compilado daquilo que se objetiva conjuntamente frente aos desafios que se apresentam e interferem no cotidiano do usuário; para que ele se realize enquanto sujeito, para que se insira nos espaços de desejo, para que construa instrumentos e estratégias para lidar com as suas questões e sofrimentos e amplie o horizonte das suas experiências e relações para a vida.

Nesta lógica de PTS com contornos fluidos, não ordenados, de territórios sem fronteiras, baseado nas experiências do vivido e nas relações de afeto para o caminhar junto, que se inscreve o conceito de cuidado sem controle. Experiência de cuidado simples porque abarca os instrumentos singulares de cada usuário, aliando-os ao respeito ao que realmente lhe traduz sentido, mas com a garantia da presença de alguém que está ao seu lado e não à frente, além de lhe garantir a confiança de que efetivamente é o protagonista da condução do seu próprio cuidado.

Em suma, a garantia da inexistência de um controle sobre os percursos e escolhas do usuário, lhe conferindo a experimentação de um Projeto Terapêutico Singular livre e a possibilidade de apropriação pessoal do objetivo alcançado, ou mesmo da reinvenção dos processos a qualquer tempo e lugar. Além disso, valoriza um aspecto inerente ao ser “Molecada” e que nós adultos insistimos em suprimir, seja por processos educacionais, coercitivos ou de formação profissional, o que se traduz enquanto potente promotor de mudanças e questionamentos das lógicas previamente estabelecidas: a desobediência.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília (DF); 2017
2. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização, HumanizaSUS. Brasília (DF); 2003.
3. Relph EC. Place and placelessness. London: Pion; 1980.
4. Guatarri F. Revolução molecular: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense; 1987.
5. Deligny F. O aracniano e outros textos. São Paulo: n-1 edições; 2015.
6. Deligny F. Os vagabundos eficazes. São Paulo: n-1 edições; 2018.
7. Brasil. Lei no 10.216. Política nacional da saúde mental. Diário Oficial da União. 6 abr 2001.
8. Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2008.
9. Spinoza B. Ética. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2011.
10. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente. Lei 8.069 de 1990. São Paulo: Atlas; 1991.



@standret. Freepik

Parte III – Propostas e Experiências e Projetos em Saúde Mental de Adolescentes e Jovens

Lendo Sinais de Vida - suicídio abreviando a existência de nossos adolescentes e jovens

Isabel Cristina Lopes^I

Resumo: O presente artigo busca destacar a incidência de suicídio no Brasil, que acomete, sobretudo, adolescentes e jovens e propõe uma leitura nos interstícios da realidade brasileira em que a determinação sociocultural do sofrimento humano e os sinais subjetivos, tão caros para o exercício do cuidado, tenham lugar privilegiado de escuta e manejo dos profissionais da saúde e da educação. Políticas públicas inovadoras no campo da prevenção e promoção de um bem viver, devem intensificar manifestação de alegria desses adolescentes e jovens em que vivências criativas e desejantes possam ser aliadas para qualificar escutas e intervenções que promovam bons encontros com a vida e não com a morte.

Palavras-chave: Suicídio; Adolescência; Juventude; Promoção de saúde; Educação.

Introdução

Prezo por demais as generalidades, o que preenche olhos e ouvidos de histórias, acontecimentos, causos; olhares vastos e imprecisos. Sim, uma incompletude que clama pelo parecer alheio, que inclui o outro a quem se olha, pela necessária imprecisão do outro; olhar a emprestar improváveis, não considerados.

Ler o mundo e suas miudezas requer espírito hologramático^{II}, a

I Isabel Cristina Lopes (e-mbelacrislopes@gmail.com) é Psicóloga pela Universidade Guarulhos (UNG), Sanitarista pela Universidade de São Paulo (USP), Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Membro do Fórum Nacional de Prevenção e Pósvenção do Suicídio nas (e das) Universidades e Escolas do Ensino Médio e Fundamental, Consultora para políticas públicas na perspectiva da religação de saberes no campo da Saúde, Saúde Mental, Cultura, Educação, Meio Ambiente Trabalho, Arte e Direitos Humanos.

II O princípio hologramático diz respeito à imbricada relação entre a parte e o todo, sendo que o todo contém a parte e nela está contido.

valorizar grãos de areia na ampla superfície da praia. Ler o mundo é se ater à complexa história que o grão de areia detém: a presença e a ausência intermitente do mar.

Como fazem falta os generalistas, os médicos de família, a benzeadeira, o professor referência de uma classe e tantos outros profissionais a comporem o mosaico de vinculação do cuidado humano.

Compreender o flerte com a morte requer, acima de tudo, compreender a vida e sua insistente capacidade de insinuar duelos nos quais caibam as tréguas. O que é a trégua que não o respiro, a incerteza, o medo... sentimentos por demais humanos e tão urgentemente capazes de pôr em dúvida o fascínio da morte. Há, portanto, que se ter tempo largo e disposição para a escuta irrefreável das narrativas e da desafinada sonoridade das relações humanas.

Ocupo-me, aqui, de convidar a todas e todos a um interlúdio, uma pausa reflexiva acerca da vida, para tal recorro a Freud em “O Mal-Estar na Cultura”¹, em grandes aspas e citando o escritor alemão Fontane:

“a vida tal como nos é imposta, é muito árdua para nós, nos traz muitas dores, desilusões e tarefas insolúveis. Para suportá-la, não podemos prescindir de lenitivos, alívios. ‘As coisas não funcionam sem construções auxiliares’, nos disse Theodor Fontane”¹ (p, 60).

Nas quais destaco as satisfações substitutivas, em que sublinho a eficácia psíquica em que a arte nos oferece, diante do papel conquistado pela fantasia na vida psíquica.

Márcio Seligmann, prefaciador de “O Mal-Estar na Cultura”¹, nos aponta que

“Freud vê na arte uma espécie de filtro do esquecimento, que ele aproxima a certas drogas, ao amor e à religião. É como se nos alimentássemos de arte, como os lotófagos homéricos de suas flores do esquecimento. Mas as artes possuem um potencial catártico nada desprezível e nelas a mesma mistura de terror e libido está na origem das emoções mais fortes – como a teoria do sublime prega e nós todos o observamos no teatro ou nas salas de exposição e de cinema.” (p. 33)

Existência humana em períodos difíceis

Assim como Freud, nos perguntamos: o que os próprios seres humanos, através de seu comportamento, revelam ser a finalidade e o propósito de suas vidas? O que exigem da vida? O que nela querem alcançar? Freud afirma ser difícil errar a resposta, pois eles, os humanos, aspiram felicidade.

Recorro ao filósofo Spinoza², para entender essa felicidade no campo do sentimento que temos de nossa capacidade aumentada para pensar e existir, o que este autor chama de ‘alegria’. Sendo que a variação da intensidade da potência para existir depende da qualidade de nossos afetos e, portanto, da maneira como nos relacionamos com as forças externas, como nos diz Marilena Chaui³; forças sempre muito mais numerosas e mais poderosas do que a nossa. Chaui afirma que o ser humano é livre na exata medida em que tem potência para agir e que as paixões de alegria podem se transformar em forças para agir.

Imbuída destas reflexões me deparo, como trabalhadora do cuidado, como pesquisadora da inovadora intersecção entre arte e saúde e curiosa da potência das paixões alegres; me deparo com o inevitável encontro do grão de areia e o mar, da imensidão da subjetividade de cada ser humano e seus abismos de delícias e de dissabores e a imensidão da força de uma sociedade como a nossa, brasileira.

Particularmente, com a experiência danosa da gestão do Governo Brasileiro de 2019 a 2022^{III}, que se autorizou o direito de matar ou de deixar viver e expor à morte – sobretudo, quem se diferencia pelo gênero, raça, etnia, condição econômica e idade –, testemunhamos o biopoder de um Estado que produz mortes por suas próprias mãos e outras mortes pela ausência de sua ação. Um poder sobre o corpo do outro.

A experiência da pandemia de covid-19 deixou exposto o desamparo do amanhã e trouxe à superfície da consciência a morte, essa figura recalcada devoradora da potência de seres desejantes em existir e pensar, constituindo verdadeira ameaça à alegria.

III Período gerido pelo presidente Jair Bolsonaro, que se notabilizou por políticas de retrocesso na cidadania, inclusive na abordagem da Saúde e Saúde Mental que se colocou contra as Reformas Sanitária e Psiquiátrica, além de ter se omitido frente a pandemia de covid-19 e feito explicitação do uso de terapias sem comprovação científica.

O compromisso com a abordagem cúmplice

É imperativo nos impormos um grande desafio de não patologizar-mos essas dores, ouvir os corpos que falam, urram, emudecem... e dar consequência a essa sonoridade, descontinuar processos que impeçam a liberdade do desconforto, do esquisito, do silenciado, do desistente e se pôr ao lado e se por, há que se pôr em companhia.

De qual companhia não podemos prescindir? Recorro à poesia de Cecília Meireles⁴ para refletir esse desafio:

“Interlúdio

As palavras estão muito ditas
e o mundo muito pensado.
Fico ao teu lado.
Não me digas que há futuro
nem passado.
Deixa o presente — claro muro
sem coisas escritas.
Deixa o presente. Não fales,
Não me expliques o presente,
pois é tudo demasiado.
Em águas de eternamente,
o cometa dos meus males
afunda, desarvorado.
Fico ao teu lado”.

Essa atitude cúmplice de escuta pressupõe que não seja qualquer escuta protocolar, rasteira, comum. Há que se investir na escuta empática; escuta que chancele a pertinência do interlocutor abrir seu disparate, sua bizarrice, seu desassossego, sua alegria, seu absurdo, sua curiosidade, sua contradição e vergonha, sua dúvida e desistência, sua arrogância e incerteza, seu sonho e pesadelo, seu medo e sua decisão, sua raiva, seu prazer e satisfação... seu silêncio, por vezes, ensurdecedor.

Cabe urgentemente às políticas públicas de Educação, Saúde e Cultura, prioritariamente, investir na formação de profissionais de humanidades; ou seja, no letramento de sinais. Chamo de sinais a linguagem dos corpos, dos simbolismos, dos pedidos de socorro e das ofertas de intensidade de potência que nos são apontadas pelas crianças e juventudes e, por vezes, não tão decifráveis.

Nossa cultura ocidental é marcada pela valorização da dor e dos sintomas para serem extirpados e não os compreende em sua gênese. Nos processos escolares, nos ocupamos de observar o que falta, o que não foi podido provar como capacidade, e não o que sobra de invenção e sabedoria; homogeneízam-se corpos, cabelos, gênero, normatizando maneiras de se estar no mundo. Cria-se assim um campo pouco propício às solidariedades e avesso às diversidades humanas; um campo de disputa no qual a experiência da desigualdade é confundida com capacitismo e mérito.

Portanto, ler sinais de vida pressupõe essa disposição educadora, sanitária e psicossocial de se encantar com o que pode ser tido como desimportante, coisas, gentes, sinais... As políticas públicas de Educação e Saúde têm muito o que aprender com a cultura e as artes, para aperfeiçoarem-se como apanhadores de supostos desperdícios, que valorizem o que está na beirada do caminho, das relações, do improvável, verdadeiras preciosidades que brotam nas bordas, nas matas ciliares, nos silenciosos limbos, como nos inspira o poema de Manuel de Barros⁵:

“O apanhador de desperdícios

Uso a palavra para compor meus silêncios.
Não gosto das palavras
fatigadas de informar.
Dou mais respeito
às que vivem de barriga no chão
tipo água pedra sapo.
Entendo bem o sotaque das águas
Dou respeito às coisas desimportantes
e aos seres desimportantes.

Prezo insetos mais que aviões.
Prezo a velocidade
das tartarugas mais que a dos mísseis.
Tenho em mim um atraso de nascença.
Eu fui aparelhado
para gostar de passarinhos.
Tenho abundância de ser feliz por isso.
Meu quintal é maior do que o mundo.
Sou um apanhador de desperdícios:
Amo os restos
como as boas moscas.
Queria que a minha voz tivesse um formato
de canto.
Porque eu não sou da informática:
eu sou da invencionática.
Só uso a palavra para compor meus silêncios”

Carecemos de redes afetivas de cuidado, em que a Atenção Básica de Saúde seja de fato porta aberta para circulação e bons encontros, com equipes plurais e transdisciplinares que incluam profissionais da Saúde Mental, agentes comunitárias de saúde que andem pelo território para ouvir e recontar histórias – pois contar histórias e ter ouvintes para elas constitui-se como um precioso método de enredamento e cuidado mútuo.

Espaços com experiências bem-sucedidas

É na Atenção Básica que deveríamos encontrar ampla acolhida para as necessidades psicossociais e interlocução com as escolas. Destaco, em especial na Rede de Atenção à Saúde - RAS, os dispositivos, Pontos de Cultura e Economia Solidária e Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO), que na capital paulista, prioritariamente, se localizam dentro dos parques municipais, demonstrando, há mais de três décadas, grande capilaridade nas ações conjuntas com Educação, Meio Ambiente, Esporte, Trabalho, Cultura, Direitos Humanos e Saúde; na perspectiva de de-

envolvimento de potencialidades de uma população misturada em idade, gênero, raça, etnia, condição social e de saúde e que experimentam formas de convívio, criando alternativas coletivas de emancipação, ampliação de laços comunitários e reconhecimento de necessidades e forças individuais e territoriais que contribuem na experimentação de um novo paradigma de bem-estar, de bem viver; que experimentam a força descomunal das artes como satisfações substitutivas. Espaços atrativos para a criatividade ativa, para encontros intergeracionais, para a prática de atividades colaborativas junto à natureza; espaços desassociados de diagnóstico, condutas de saúde, medicação, provas e disciplinas acadêmicas, vocacionado a estimular a busca de sentidos, fruição, com estímulo à ludicidade e agremiação de diversidades em grupos operativos, técnica criada por Pichon-Rivière⁶, como uma modalidade de manejo grupal, em que se agrupa pela tarefa na perspectiva da dialética como a arte do diálogo das contradições da realidade. Os CECCO intencionam possibilitar as manifestações de subjetividades emancipadas, com alteridade, empatia e intensificação de potência para o sentir, pensar e agir em busca da alegria de seus participantes; espaço de trocas e cuidado mútuo entre profissionais de políticas públicas, pela “arte” do encontro, que promove formação para novas compreensões acerca da morte e da vida.

Onde estão os sinais de vida? O lugar da escola

As escolas, por sua vez, precisam falar de vida e morte – há que se contagiar de vida, de expressão emocional, crescimento social e, como fenômeno rizomático^{IV}, causar impacto coletivo. O enfrentamento ao *bullying*, à violência, às pressões, às insuficientes políticas de permanência, a falta de estrutura na qual adolescentes e jovens, funcionários(as) e professores(as) das escolas do Ensino Fundamental, Ensino Médio e Universitário se encontram, exigem quem cuida do humano firmeza de propósito em nomear conflitos e promover mediação dos efeitos da ca-

IV Rizoma é uma forma de organização da vida vegetal, como a grama que se espalha para todo território, sem centro, hierarquia e profundidade. O rizoma é processo de ligação de multiplicidade, aberto a experimentações. Cresce onde há espaço, floresce onde encontra possibilidades de agenciamentos. “É sempre por rizoma que o desejo se move e produz”⁷.

tarse necessária para fazer caber o desconforto, a dor, a ira, a diversidade, a esperança, a reparação.

Preocupa-nos, sobremaneira, que do final de 2022 até o início de 2023, testemunhávamos impactados ao aumento vertiginoso de violência nas escolas, sobretudo de Ensino Fundamental e Médio⁸. Violência, praticada em sua maioria por alunos contra alunos e professores, resultando em mortes e destruição do espaço escolar em todo seu simbolismo de espaço prioritário para o exercício democrático, de pactos civilizatórios e campo de afetos.

Os sinais, contudo, apontam para a urgência de não se invisibilizar o afastamento da escola da vida comunitária e da necessidade de promover a abertura para a palavra e a escuta, de maneira que o pertencimento de alunos, alunas, profissionais da educação e comunidade possam dar protagonismo para a dor, como um sinal, um sintoma a ser lido em suas origens, em seus determinantes relacionais e sociais.

O que aparta a escola da vida comunitária? Há uma urgência de palavra circulante, escuta afetiva e tolerância zero diante de manifestação de racismo e fobias frente à imensa diversidade de subjetividades expressas em raça, gênero, idade, etnia, classe social, condição de saúde de alunos(as) e professores(as). É preciso evitar a naturalização de qualquer espécie de violência e a patologização e medicalização de corpos diversos, bem como o silenciamento das dores e das criativas e múltiplas formas de se estar no mundo.

Será imprescindível para se instituir uma política de preservação e potencialização da vida e prevenção do suicídio e outras violências, atuar na recuperação das escolas de Ensino Fundamental, Médio e Universitário, como campo de experimento democrático de inclusão, onde caibam e se deseje as diferenças e o desenvolvimento de afetividades.

É preciso intensificar esforços em redes de cuidado intersetoriais, redes de afeto e escuta que envolvam sobretudo as escolas, o Sistema Único de Saúde (SUS), a cultura e a comunidade, de maneira a se construir novas formas de escuta e olhar que dialoguem com os sinais de vida, enquanto houver vida. Seguem trechos de entrevistas com familiares, professores e amigos de adolescentes e jovens estudantes com ideação ou suicídio, realizadas para elaboração deste artigo:

- J., 2022, estudante, último ano de engenharia, 23 anos de idade, branco, classe média, amigos, skate, trabalho. Escrevia com tinta em toda parede do quarto. Irmã e mãe, com quem vivia, entendiam o quarto como zona proibida. Para a irmã que o descobriu de fato em sua singularidade, depois que morreu, conta que seu irmão tinha a própria mão desenhada na parede e, na palma desta, um quebra-cabeça do universo, da lua. “Hoje, observo”, diz ela, “que ele tinha o mundo na palma da mão, o que hoje vejo, não via antes, a parede do quarto era uma extensão dele, explícita, não proibida, que pedia afeto, outras mãos...”
- M., 2021, primeiro ano de filosofia, 21 anos, negra, lésbica, pobre, cotista, da residência estudantil. Sofria de ausência de pertença à universidade que cursava. Uma “estrangeira” deste seu lugar de direito, mas sem lugar de reconhecimento. Sofria da ausência de pares e da ausência no sonho do outro. Certamente diria: “Nunca me sonharam, nem pai, nem mãe, nem meus irmãos, nem colegas, nem professores... nunca me sonharam como uma estudante universitária”. Perpetuam, assim, uma profecia de que ali não lhe cabia, não havia cabimento...
- L., 2015-2016, 16 anos, branco, estudante secundarista, ocupante de escola pública em defesa da não reformulação do Ensino Médio. Era referência entre jovens adolescentes, vivia o prazer de defender sua escola e passa a dormir nela com outros adolescentes, limpar, cozinhar, promover debates, dar entrevistas para a imprensa. Vê mães serem ofendidas pela polícia do lado de fora da escola ocupada. Esses jovens adolescentes vencem, como movimento. L. é tido como herói. Com o retorno às aulas, esses adolescentes vivem a perseguição da direção de algumas escolas, dos colegas que se veem com férias e festas de formatura suspensas, como castigo pelo movimento de ocupação. L. começa a faltar às aulas, é compulsoriamente transferido de

escola. Tenta o suicídio em casa por três vezes, mas espera a mãe chegar para lhe acudir. Surge a proposta de transformarem em livro as histórias de um movimento vitorioso, o movimento de ocupação das escolas públicas, com a participação desses protagonistas... L. carregado de sentido na vida, passa a se ocupar de recolher memórias e desacolhe a morte de seu horizonte...

- A., 2022, 11 anos, menino, negro, pobre, hiperativo, cursa o ensino fundamental em escola pública; se reconhece como uma menina. Sofre com zombarias na escola e apanha de outros meninos. A avó não lhe acolhe, diz ser bem-feito apanhar para “aprender a ser homem”. Obriga-o a ir aos cultos de sua igreja e ameaça-o com castigo de Deus e do avô. A. adora as aulas de artes, canta muito bem. Segreda à professora de artes que quer morrer. A professora o acolhe valorizando seu canto e promove um sarau entre alunos e alunas, em que A. se destaca e é o tema das observações de todos e todas em função de sua habilidade. Ganha aplausos inclusive de sua avó, que o prestigia.

Estes relatos também nos revelam importantes narrativas sutis de ameaças à vida e de pedido de socorro à vida, um verdadeiro desafio à escuta empática, delicada e qualificada, como o relato de um garoto de 15 anos acerca da morte de um colega de escola de idade semelhante. A escola realizou alguns ritos: um minuto de silêncio, quando a notícia da morte chegou à escola pela família do menino, o plantio de uma árvore no terreno da escola, mas a palavra entre toda comunidade escolar não circulou, a palavra que nomeia fantasmas que assustam ou fantasmas que se mostram atraentes não teve lugar nos gestos ritualísticos tão necessários para o luto e para uma ressignificação coletiva de uma dor, de um absurdo, um *nonsense*, que clama por ser experiência coletiva a ser comunicada e afetiva e cognitivamente decifrada. Segue o relato misturado com as minhas impressões:

“Foi estupidamente estranho o encontro inusitado com a morte. Era um aluno silencioso e de poucos amigos. Muito

inteligente, participou da Olimpíada de História. Mas também estranhamente pouco se sabia de sua história, de seus sonhos e aflições. Encontrava-o no intervalo, agora não mais, é o buraco que fica na cena do cotidiano, no canto sem som, o silencioso ausente que causa ruído gigantesco, a ponto de arruinar a multidão. A morte ocupou o buraco e a cena... chorei e continuo chorando, por todos os meninos bons.”

Suicídios e incompletude

A Organização Mundial de Saúde⁹ aponta que quase 90% das mortes por suicídio em adolescentes e jovens ocorrem em países de renda baixa e média, onde se concentra boa parte da população mundial. Na distribuição gráfica por faixa etária podemos perceber que o ápice da curva, no último estudo divulgado, se situou no grupo de jovens com 20 anos de vida. Em dados gerais, o suicídio responde pela quarta causa de morte no intervalo etário de 15 aos 29 anos⁹.

Entre os anos de 2010 e 2019, foi registrado no Brasil um total de 112.230 mortes por suicídio, com um aumento de 43% entre 2010 (9.454 mortes) e 2019 (13.523 mortes). O crescimento da população brasileira no mesmo período foi na ordem de 10,17%. Mesmo registrando aumento em todos os grupos etários, é significativo o número de casos entre jovens de 15 a 19 anos que, no mesmo intervalo, teve aumento de 81%, passando de 606 óbitos em 2010, com taxa de 3,5 mortes por 100 mil habitantes, para 1.022 óbitos e taxa de 6,4 por 100 mil jovens em 2019¹⁰.

Observa-se, também, crescimento de suicídio entre crianças e pré-adolescentes. Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, em seu “Boletim Epidemiológico” (vol.53; nº37)¹¹, entre os anos de 2016 e 2021, entre crianças e adolescentes de 10 a 14 anos, houve o aumento de 45% na taxa de mortalidade por suicídio, chegando a 1,33 a cada 100 mil.

Cada vez mais, passam a ser percebidos pelas escolas, a violência, o suicídio e suas tentativas, sendo a violência um grande fator de risco que não pode ser negligenciado ou simplesmente deslocado com transferência de alunos ou com a negação dos efeitos, das manifestações de preconceito, aparecimentos de símbolos nazifascistas no interior da escola ou

em grupos de comunicação entre alunos.

O sofrimento, que muitas crianças e adolescentes expressam na escola, pode ter relação com a violação das necessidades e direitos a que estão submetidos dentro e fora da escola, na família, nos grupos sociais e na própria exclusão social.

Reconhecer o suicídio como caso de Saúde Pública implica no desenvolvimento de ações que envolvam os poderes Legislativo e Judiciário para garantia de direitos constitucionais que protejam crianças, adolescentes e jovens, sobretudo negros, periféricos e indígenas, que, devido à violação de seus direitos, vivem, sofrem e morrem diferentemente em nossa sociedade. Apartados da condição de iguais em direitos e humanidade, tais jovens são desestimulados a viver suas singularidades, o que gera um sentimento de não haver lugar para o “Eu Desejante” tornando o sonho de realizar projetos e reconhecer-se como sujeito coletivo de direitos que fica em constante suspensão.

Qual o risco de ser eu? É a questão subjacente que profissionais de saúde e educação precisam estar sensíveis a escutar desses adolescentes e jovens e que a obra de Clarice Lispector¹² nos ajuda a ecoar:

“Se Eu Fosse Eu

Quando eu não sei onde guardei um papel importante e a procura revela-se inútil, pergunto-me: se eu fosse eu e tivesse um papel importante para guardar, que lugar escolheria? Às vezes dá certo. Mas muitas vezes fico tão pressionada pela frase "se eu fosse eu", que a procura do papel se torna secundária, e começo a pensar, diria melhor SENTIR. E não me sinto bem. Experimente: se você fosse você, como seria e o que faria? Logo de início se sente um constrangimento: a mentira em que nos acomodamos acabou de ser movida do lugar onde se acomodara. No entanto já li biografias de pessoas que de repente passavam a ser elas mesmas e mudavam inteiramente de vida. Acho que se eu fosse realmente eu, os amigos não me cumprimentariam na rua, porque até minha fisionomia teria mudado. Como? Não sei. Metade das coisas que eu faria se eu fosse eu, não posso contar. Acho por exem-

plo, que por um certo motivo eu terminaria presa na cadeia. E se eu fosse eu daria tudo que é meu e confiaria o futuro ao futuro. "Se eu fosse eu" parece representar o nosso maior perigo de viver, parece a entrada nova no desconhecido. No entanto tenho a intuição de que, passadas as primeiras chamadas loucuras da festa que seria, teríamos enfim a experiência do mundo. Bem sei, experimentaríamos enfim em pleno a dor do mundo. E a nossa dor aquela que aprendemos a não sentir. Mas também seríamos por vezes tomados de um êxtase de alegria pura e legítima que mal posso adivinhar. Não, acho que já estou de algum modo adivinhando, porque me senti sorrindo e também senti uma espécie de pudor que se tem diante do que é grande demais."

Por mais importante e impactante que sejam os indicadores, é necessário irmos além dos números, pois cada suicídio concretizado carrega várias tentativas de pôr fim à própria vida. Muitas vezes as mensagens, o endereçamento e o grito pela vida, ecoam no vazio e se perde o fio que poderia possibilitar a escuta deste sofrimento e a ressignificação das questões que angustiam cada sujeito.

Quando histórias se complementam na dor individual e institucional, testemunhamos a urgência do princípio hologramático, em que cada ser humano, como um ponto do holograma, traz em si toda a humanidade, o ser que cuida e que é cuidado.

Essa perspectiva paradoxal de incompletude e preenchimento aguçava a fome de liberdade e exige ações institucionais e de cuidado na direção de uma superabundância da vida inventiva, que desperte o ser criativo, desejante e a amorosidade. Afinal, como nos diz Winnicott¹³, a mente criativa brinca com os objetos que ama e carece de fazer desta experiência, uma experiência comunicável, como nos diz Walter Benjamin¹⁴.

Considerações finais

Experenciar rodas de conversa sem conotação moral, mediada por profissionais e, em algum momento, mediadas por adolescentes e jovens; em que haja espaço para religação de saberes, como nos ensina Ed-

gar Morin¹⁵, e provoca um posicionamento inovador para um fazer junto, transdisciplinar, com saberes acadêmicos, técnicos, populares, na construção de muitas visões de mundo, em que haja incentivo para a solidariedade, as incertezas e sentidos tantos a serem experienciados em vida e em que possam haver a escuta afetiva e comunicável.

Por fim, fica a indagação: como instaurar em cada município, bairro, escola, serviço de saúde, família... novas leituras, manejos e compromissos técnicos, afetivos e políticos diante das pistas que a vida dá em territórios em que a morte está a rondar?

Referências

1. Freud S. O mal estar na cultura. Zwick R, tradutor. São Paulo: L&PM; 2010.
2. Espinosa B. Ética. Tadeu T, tradutor. Belo Horizonte: Autêntica; 2007.
3. Chauí M. Desejo, Paixão e Ação na Ética de Espinosa. São Paulo: Cia das Letras; 2011.
4. Meireles C. Interlúdio. Poesia completa. São Paulo: Global Editora; 2017.
5. Barros M. O apanhador de desperdícios. Memórias inventadas. Rio de Janeiro: Editora Alfaguara; 2018.
6. Pichon-Rivière, E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
7. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs. Capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34; 1997.
8. O extremismo de direita entre adolescentes e jovens no Brasil: ataques às escolas e alternativas para a ação governamental. Elaborado por equipe de especialistas para Governo de Transição. Brasília; 2022.
9. World Health Organization - WHO. Suicide in the world: global healthy estimates in 2019 [internet]. 2021 [acesso em 20 jan 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

10. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico 33: mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil [internet]. 2021 [acesso em 20 jan 2023]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf/view
11. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico 37: suicídio em adolescentes no Brasil, 2016 a 2021 [internet]. 2022 [acesso em 20 jan 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no37/view>
12. Lispector C. Se eu fosse eu: a descoberta do mundo. Rio de Janeiro: Rocco; 1999.
13. Winnicott DW. O brincar e a realidade. Nobre V, Abreu JOA, tradutores. Rio de Janeiro: Imago; 1975.
14. Benjamin W. Teses sobre o conceito de história. Magia e técnica, arte e política. São Paulo: Brasiliense; 2012. (Obras escolhidas; 1)
15. Morin, E, organizador. A religação dos saberes: o desafio do século XXI. Rio de Janeiro: Bertrand; 2001.

Políticas e Experiências para o Enfrentamento das Situações de Violência e Violações de Direito das Crianças e dos Adolescentes no Município de São Paulo

Alexander Augusto Rodrigues^I, Cassia Liberato Muniz Ribeiro^{II}, Elaine Aparecida Lorenzato^{III}, Lúcia Ferraz Correa^{IV}, Maria Isabel Metzler Guedes^V, Maria Lucia Aparecida Scalco^{VI}, Natália Gaspareto^{VII}, Patrícia Leal Sousa^{VIII}, Rosana Aparecida-Soares de Jesus^{IX}, Ruy Paulo D'Elia Nunes^X

-
- I Alexander Augusto Rodrigues (alexander3augusto@gmail.com) é Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Ex-Estagiário na interlocução da Área Técnica de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência da Coordenadoria Regional de Saúde Sul da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (SMS/PMSP).
- II Cassia Liberato Muniz Ribeiro (clmribeiro@prefeitura.sp.gov.br) é Cirurgiã Dentista e Educadora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), Especialista em Gestão em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), Assessora Técnica na interlocução da Área Técnica de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência da Secretaria Municipal em Saúde da Prefeitura de São Paulo (SMS/PMSP).
- III Elaine Aparecida Lorenzato (elainelzt@yahoo.com.br) é Psicóloga, Pós-Graduada em Saúde Pública pela Instituição de Formação da AVM Faculdade Integrada, Pós-Graduada em Violência em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Especialização em Extensão em Desenvolvimento Emocional Primitivo Winnicottiano pelo Instituto de Pesquisa e Educação em Saúde de São Paulo (IPPEP).
- IV Lucia Ferraz Correa (lfcorrea@prefeitura.sp.gov.br) é Psicóloga pela Universidade Metodista, Psicanalista pelo Núcleo de Estudos em Psiquiatria e Psicanálise (NEPP), Assessora Técnica na interlocução da Área Técnica de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência da Coordenadoria Regional de Saúde Sul da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (SMS/PMSP).
- V Maria Isabel Metzler Guedes (belguedes7@gmail.com) é Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Estagiária na interlocução da Área Técnica de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência da Coordenadoria Regional de Saúde Sul da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (SMS/PMSP).
- VI Maria Lucia Aparecida Scalco (luscalco@uol.com.br) é Psicóloga, Pós-Graduada em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) – campus Ribeirão Preto, Especialista em Impactos da Violência pela FIOCRUZ e Aprimoramento em Apoio Institucional do SUS pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (SMS), Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).
- VII Natália Gaspareto (ngaspardo@prefeitura.sp.gov.br) é Nutricionista, Mestre em Ciências do Envelhecimento pela Universidade São Judas Tadeu, Analista em Saúde no Núcleo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Divisão de Vigilância Epidemiológica da Coordenação de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (DVE/COVISA/SMS/PMSP).
- VIII Patrícia Leal Sousa (patricialeal@prefeitura.sp.gov.br) é Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFESP, Analista em Saúde na interlocução da Vigilância de Violência e Acidentes da Coordenadoria Regional de Saúde Sul da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (SMS/PMSP).
- IX Rosana Aparecida Soares de Jesus (rasoares@prefeitura.sp.gov.br) é Enfermeira pela UFRJ, Assessora Técnica na interlocução da Área Técnica de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência da Coordenadoria Regional de Saúde Sul da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (SMS/PMSP).
- X Ruy Paulo D'Elia Nunes (rdelia@prefeitura.sp.gov.br) é Médico Sanitarista e Psiquiatra, com Aprimoramento em Apoio Institucional do SUS pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (SMS), Or-

Resumo: Este capítulo aborda conceitos relacionados às violações de direitos e violência em crianças e adolescentes, especialmente dentro da perspectiva da saúde, ressaltando experiências e políticas realizadas sobre o tema no Município de São Paulo. Aponta na direção da articulação entre diversos setores e o trabalho em rede, como uma das estratégias para lidar com a problemática e buscar encaminhamentos potentes para o enfrentamento do fenômeno e de suas causas.

Palavras-chave: Violência; Defesa da criança e do adolescente; Assistência integral à saúde.

Introdução

“Até o século XII, ainda na Idade Média, tão logo a criança pudesse dispensar o auxílio da mãe, seu convívio com os adultos passava a incluir também responsabilidades que são hoje associadas ao mundo adulto. Reconhecer que a infância é uma etapa distinta dos demais ciclos de vida é um marco civilizatório recente.”¹ (p. 21)

A partir deste período até a atualidade, diversas concepções surgiram visando definir e compreender este período etário, sendo ainda objeto de estudos e reflexões.

“Ao reconhecer a existência de infâncias e juventudes, no plural, reconhece-se também que as crianças são atores plenos de direitos e que, para realizar suas potencialidades e desenvolvê-las, necessitam receber proteção especial em uma perspectiva autônoma – isto é, suas opiniões e preferências devem ser ouvidas, respeitadas e levadas em conta em relação às suas próprias vidas.”¹ (p. 22)

No Brasil, as lutas pelos direitos e proteção da infância e da adolescência construíram a Rede de Proteção e o Sistema de Garantias de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA), em conjunto com a sociedade civil.

Os principais dispositivos legais para combater violações de direito e proteger a infância e a adolescência vigentes no Brasil são:

ganzação Panamericana de Saúde (OPAS) e Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Analista em Saúde/Médico na interlocução da Vigilância de Violência e Acidentes da Unidade de Vigilância em Saúde da Sé da Coordenadoria Regional de Saúde Centro da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (SMS/PMSP).

- Constituição de 1988² (capítulo VII do título VIII), centrada na proteção integral da criança e do adolescente, especialmente nos artigos 203 e 227 e coloca a criança e o adolescente como sujeitos de direitos;

- Convenção dos Direitos da Criança – Carta Magna³, estabelece o conceito do que é ser criança no direito internacional e define as responsabilidades do Estado perante esse grupo etário;

- Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁴ – Lei nº 8.069 de 1990, sendo a legislação de referência para os direitos de crianças e adolescentes.

Violência e violações de direitos de crianças e adolescentes

As diferentes formas de violência atingem pessoas de todas as idades, classes sociais, raças e escolaridades. No entanto, seu impacto é desigual entre diferentes segmentos da população. A violência é um problema mais frequente e mais grave nos grupos que estão mais expostos às vulnerabilidades e vulnerabilidades sobrepostas. Destacam-se aqui as crianças e os adolescentes.

Os maus-tratos sofridos na infância e adolescência, podem afetar gravemente o desenvolvimento do indivíduo e trazer repercussões físicas, emocionais e graves sequelas para a vida das pessoas⁵.

No Brasil, as crianças e adolescentes são discriminados em função da raça, de desigualdades de gênero, identidade e orientação sexual, pelo preconceito religioso e por outros demarcadores de identidade que estão fortemente presentes, restringindo o acesso da criança e do jovem à educação, ao trabalho, ao lazer. Inumeráveis e graves problemas são identificados como:

“O aliciamento e a coerção para o trabalho infantil, para redes organizadas de prostituição e tráfico de drogas; a evasão escolar; a assistência precária à saúde; a violência doméstica; a falta de conhecimento e orientação acerca do corpo e da sexualidade, que resulta em gravidez precoce e contami-

nação por doenças sexualmente transmissíveis e o abuso de autoridade e da força por parte de policiais, que muitas vezes resultam em mortes disfarçadas nos registros oficiais como ‘autos de resistência’⁶ (p. 8).

Segundo análise da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)⁷, a violência e os acidentes são as maiores causas de mortes de crianças, adolescentes e jovens de 1 a 19 anos no Brasil. Entre essas chamadas causas externas, as agressões são as que mais matam crianças e adolescentes a partir dos 10 anos. O suicídio tornou-se a terceira maior causa das mortes de nossos adolescentes e jovens, entre 15 e 25 anos.

A violência é ainda mais letal contra o sexo masculino, pois os homicídios são a causa da metade dos óbitos de rapazes de 15 a 19 anos. E ao se fazer o recorte de raça da taxa de homicídios, vemos o peso da violência na juventude negra. O que coloca o Brasil como quinto país mais violento do mundo, com taxa de homicídio maior do que a de países em guerra⁷.

Violência doméstica e sexual

Na maioria das culturas, religiões, etnias, independente da classe social, é observada a ocorrência do fenômeno praticamente universal da violência doméstica que atinge crianças e adolescentes.

A manifestação dessa violência pode se apresentar, desde situações de falta de cuidado, que se configuram como negligência, a situações que provocam a morte pela gravidade da ação⁵.

Pode-se considerar que qualquer ação ou omissão que atinja uma criança e/ou adolescente ocorrida, tanto em casa quanto em outro ambiente, perpetrada por qualquer pessoa que seja ou não membro da família, mas que tenha alguma relação de poder sobre a criança e/ou adolescente e esteja incumbida de uma função considerada parental, que possa causar algum dano físico, sexual e/ou psicológico a essa criança ou adolescente, é uma violência doméstica⁸.

Entre as formas de violência contra a criança e o adolescente, a violência sexual é a que se destaca nos atendimentos realizados nas unidades de saúde do Brasil. Entre 0 a 13 anos, destaca-se o estupro, que ocorre

na própria casa da vítima em 58% dos casos. Entre aqueles com 10 a 19 anos, a violência sexual é igualmente a mais sofrida, na maioria contra as meninas. Os agressores são na maior parte os próprios pais, padrastos, familiares, namorados ou pessoas conhecidas das vítimas. Há repetição do estupro em 38% dos casos, podendo-se prorrogar por longos períodos, quando praticada por familiares ou outros conhecidos⁷.

Dados mundiais assemelham-se, 90% das adolescentes de diversas nacionalidades, vítimas de violência sexual, denunciam que o autor da primeira violação era alguém próximo ou conhecido. Infelizmente, apenas 1% delas procura ajuda profissional após o estupro, devido ao medo da rejeição social e familiar e às ameaças feitas pelo agressor⁷.

As consequências desta violência vão desde distúrbios emocionais, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não desejada, até a morte da(o) adolescente, que tira sua própria vida ou, no caso das meninas, falece na tentativa de um aborto clandestino. Além do abuso sexual, a violência contra crianças e adolescentes abrange os maus-tratos físicos e emocionais e a negligência⁷.

A “Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - 2019 (PeNSE)”⁹, cujo objetivo foi subsidiar a análise e monitoramento dos fatores de risco e proteção à saúde em escolares de 9º ano das instituições públicas e privadas do Brasil (alunos entre 13 e 17 anos), nos seus resultados, mostra violências sofridas, em sua maioria ocorridas dentro de suas casas, mas também na relação com colegas ou conhecidos destes adolescentes. Mostram, também, que 1 a cada 5 adolescentes meninas já sofreu violência sexual; violência esta que muitas vezes não chega ao conhecimento das redes de proteção⁹.

Exercer a cidadania implica em compreender que a Promoção da Saúde e da Cultura de Paz e, dentro delas, a prevenção de violências contra crianças e adolescentes, é responsabilidade de todos. Deve abranger ações coletivas, envolvendo instituições de educação e ensino, associações, grupos formais e informais e lideranças comunitárias e juvenis, dentre outros, como parceiros fundamentais. As ações que fortalecem, propiciam desenvolvimento, reconhecimento e conquistas de direitos e que promovem a autonomia e participação das comunidades são essenciais para o enfrentamento da violência e para a promoção da saúde e

da cultura de paz com justiça social no território. A atuação necessária é aquela que inclui, faz alianças e se torna presente na vida cotidiana das famílias e das comunidades.

Violência e Saúde Pública

A violência não pode ser considerada como um problema puramente médico, bem como de responsabilidade única da Saúde Pública. É um fenômeno social construído historicamente, sendo de responsabilidade dos diferentes setores sociais. No entanto, impacta brutalmente a saúde, haja vista o alarmante número de lesões físicas e mortes que a violência provoca, além dos incontáveis agravos emocionais, impactando, sobremaneira, a qualidade de vida da população.

As questões referentes a crianças e adolescentes aproximaram a Saúde do tema na década de 1960, quando surgiram debates e publicações que mostravam as consequências negativas para o desenvolvimento de crianças e adolescentes das relações abusivas sofridas¹⁰.

São muitos os marcos que demonstram a importância do tema para o setor da Saúde. Em 1993, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) recomendou aos países membros, entre eles o Brasil, que incluíssem o tema do enfrentamento das violências em suas agendas. Em 1996, a 49ª Assembleia Mundial de Saúde adotou a Resolução WHA-49, declarando a violência como um problema importante, e crescente de Saúde Pública no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em resposta a esta resolução, publicou, em 2002, o “Relatório Mundial sobre Violência e Saúde”, que representou uma significativa contribuição para a compreensão do papel do setor saúde e revelando que, em todos os anos, mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões graves por causas violentas¹¹.

O Sistema Único de Saúde (SUS), com a Lei Federal nº 8080 de 1990¹², a Lei Federal nº 8.142 de 1990¹³, a “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências”¹⁴; a “Política Nacional de Promoção da Saúde”¹⁵; a “Política Nacional de Atenção Básica”¹⁶ e a “Política Nacional de Vigilância em Saúde”¹⁷, nos trazem as bases, princí-

pios e diretrizes para o trabalho integrado das diferentes áreas da saúde, que deve ser realizado de forma participativa e em rede intersetorial para atender às necessidades de saúde e enfrentar os determinantes sociais de saúde no território nacional.

No Brasil, a entrada oficial da violência na pauta do setor saúde ocorreu em 2001, quando o Ministério da Saúde publicou a “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências”¹⁴ para o enfrentamento deste problema no âmbito das três esferas de governo (federal, estadual e municipal); desde então, vem sendo produzido um conjunto de leis e portarias que buscam garantir as informações, o cuidado e a prevenção da violência.

Assim, a rede de serviços do SUS constitui-se como um espaço privilegiado para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de crianças e adolescentes em situação de violência, bem como de suas famílias.

Políticas públicas para o enfrentamento das situações de violência no Município de São Paulo

No Município de São Paulo, desde 2002, a Secretaria Municipal da Saúde, por meio da área técnica de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência da Coordenação da Atenção Básica (AISPSV/CAB), juntamente ao Núcleo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (NDANT) da Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE) da Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA), são responsáveis pela implantação e implementação da política pública de saúde para enfrentamento da violência, realizando apoio à organização de serviços, elaboração e coordenação dos processos de Educação Permanente, desenvolvimento de instrumentos e materiais de apoio e organização e acompanhamento de pesquisas e inquéritos no que se refere ao cuidado integral e à vigilância em saúde. Essas são ações de promoção, prevenção, assistência, monitoramento, organização e divulgação de informações das situações de violência, realizadas de forma descentralizada sob a coordenação das 27 Supervisões Técnicas de Saúde (STS), 27 Unidades de Vigilância em Saú-

de (UVIS) e 6 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), nos territórios do Município, de forma articulada com as demais áreas técnicas da saúde e redes de atenção, promoção, proteção e garantia de direitos.

Destaca-se, ainda, a organização e utilização da notificação e dos sistemas de informação para a Vigilância das Violências, a criação dos Núcleos de Prevenção da Violência (NPV)¹⁸ e da “Linha de Cuidado (LC) para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência”¹⁹.

Vigilância de violências

De acordo com a OPAS, os objetivos de um sistema de vigilância de violências são: produzir informações confiáveis e estratégicas; monitorar as transições, a magnitude e a distribuição da morbidade, da mortalidade e os impactos psicológicos; possibilitar a percepção da realidade dos acontecimentos, a identificação de novos riscos e a formulação de possíveis associações causais; identificar padrões ou tipologias; gerar hipóteses sobre a causalidade; servir de fonte confiável para tomada de decisão; estimular a formação de grupos de trabalho²⁰.

A vigilância de violências não deve atuar somente com informações geradas pelos sistemas de notificação, mas, também, integra a rede intra e intersetorial na proposição de ações de assistência, monitoramento e enfrentamento da violência.

A Vigilância de Violências no Município de São Paulo iniciou-se em 2002, com a criação do Sistema de Informação e Notificação de Violências (SINV). Em 2007, com o Decreto nº 48.421, regulamentando a Lei nº 13.671 de 2003²¹, a notificação, tanto de violência como de acidente (acidente de trânsito, quedas e outros acidentes), tornou-se obrigatória e foi captada pelo Sistema de Informação para a Vigilância de Violência e Acidentes (SIVVA) do município. Posteriormente, no segundo semestre de 2015, houve nova transição de sistema, na qual a notificação de violências passou a ser registrada em nova Ficha de Investigação Epidemiológica (FIE) e a ser inserida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), conforme Portaria nº 1.102 de 20 de junho de 2015²².

A Notificação de Violência gera informações para a compreensão do agravo e apoia a organização de serviços, a formação e o fortalecimen-

to das redes em defesa da garantia de direitos. Tendo como referência a compreensão das violências como sinônimo das violações de direitos nos territórios, a informação vinda do processo de notificação precisa fazer parte de diagnósticos mais amplos, que envolvam as informações de outros setores, de outras instituições e da própria população, num trabalho conjunto, construindo agendas comuns, projetos coletivos, planejamentos e ações em redes intersetoriais. A informação gerada pela notificação possibilita o imprescindível, na dinâmica da atenção às situações de violência, a possibilidade de enxergar e de “dar visibilidade” ao agravo para possibilitar a proteção, a prevenção e a promoção da saúde¹⁹.

Todos os profissionais de saúde de serviços públicos, ou privados, devem fazer a notificação no atendimento de um caso suspeito ou confirmado de violência, por meio da ficha individual, que, após preenchida corretamente, deve ser encaminhada conforme o fluxo da vigilância em saúde. Conforme a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.271/2014²³, as violências sexuais e as tentativas de suicídio devem ser notificadas e comunicadas às Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS) em até 24 horas, para garantia da pronta assistência à saúde e comunicação aos órgãos competentes (Direitos Humanos, Assistência Social, Justiça, Segurança Pública e outros).

A notificação não substitui os encaminhamentos necessários à atenção e proteção do caso, que diferem de acordo com o tipo de violência, gravidade, risco e vulnerabilidade. Em caso de violência contra crianças e adolescentes é necessário realizar comunicado para os órgãos de defesa de direitos, conselho tutelar, conforme previsto no ECA⁴. Ressalta-se que a notificação de violência é um instrumento da vigilância epidemiológica e não deve ser utilizado como um meio de denúncia²⁴.

Perfil das notificações de violência contra adolescentes

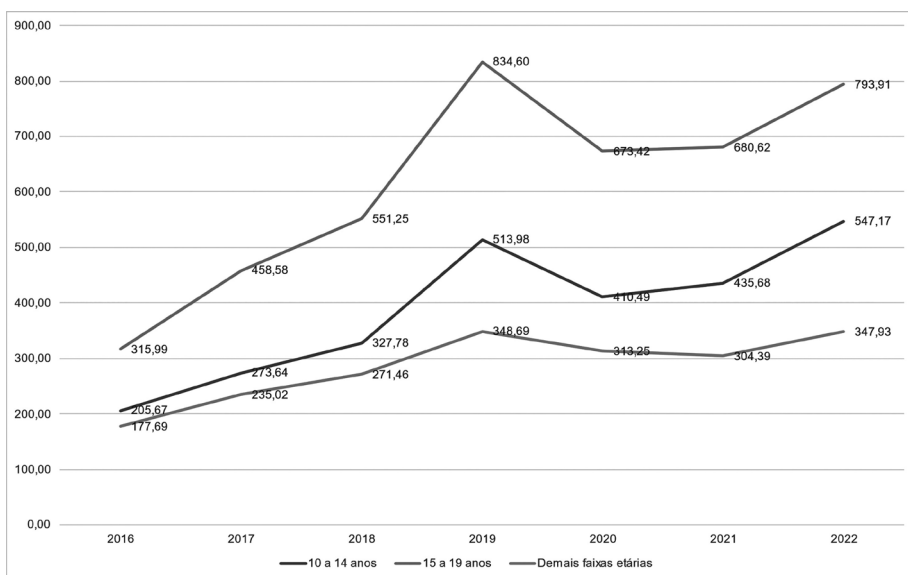
Apesar da notificação de violência ser compulsória, a subnotificação existe e é um desafio constante. Receio por parte dos profissionais, considerar a notificação como sinônimo de denúncia, rotatividade de profissionais, outras demandas de saúde prioritárias e modelo de organização dos serviços são alguns exemplos de situações que podem impac-

tar na realização das notificações.

Não se sabe qual o volume de casos que não são notificados, mas a magnitude da violência é superior ao número de notificações; pois, além da subnotificação por parte dos serviços de saúde, por características e possíveis repercussões do próprio agravo, nem todos os casos chegam aos serviços para atendimento. Sendo assim, os números apresentados a seguir são inferiores aos da realidade, mas têm o potencial de dar visibilidade e subsidiar as políticas e ações para o enfrentamento da violência no Município.

As notificações de violência em adolescentes (10 a 19 anos) representaram 18,94% em 2016 e 21,04% em 2022²⁵. No entanto, quando considerada a taxa de notificação por faixa etária, é possível observar a relevância do agravo nos adolescentes, sendo que, a taxa de notificação de adolescentes (15 a 19 anos) chega a ser mais que o dobro da taxa das “demais faixas etárias” (0 a 9 anos e maiores de 19 anos) (Gráfico 1).

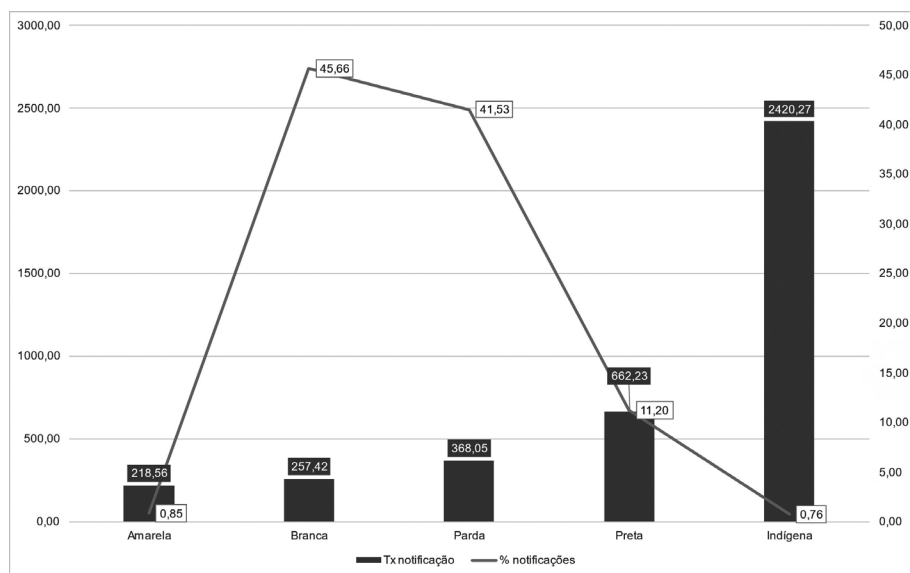
Gráfico 1 - Taxa de notificação de violência (100 mil/hab.), por faixa etária. Município de São Paulo 2016-2022.



Fonte: SINAN NET²⁵, SEADE²⁶.

Conforme citado anteriormente, as crianças e adolescentes expostos a vulnerabilidades são mais suscetíveis à violência e as notificações vem confirmando este cenário. Considerando-se o quesito “raça/cor”, é possível observar que a maior proporção das notificações de violência é de pessoas brancas (45,66%), seguido das pessoas pardas e pretas (41,63% e 11,20%, respectivamente). Entretanto, quando avaliada a taxa de notificação, constata-se que a população indígena é a mais afetada, com uma taxa de quase dez vezes o valor da população branca (2.420,27/100.000 e 257,42/100.000 habitantes, respectivamente). Quando considerada a raça negra, também pode-se observar que pretos e pardos têm uma taxa de notificação superior a de brancos, sendo que a taxa entre pretos corresponde a mais do que o dobro da taxa dos brancos (662,23/100.000 e 257,42/100.000 habitantes, respectivamente) (Gráfico 2).

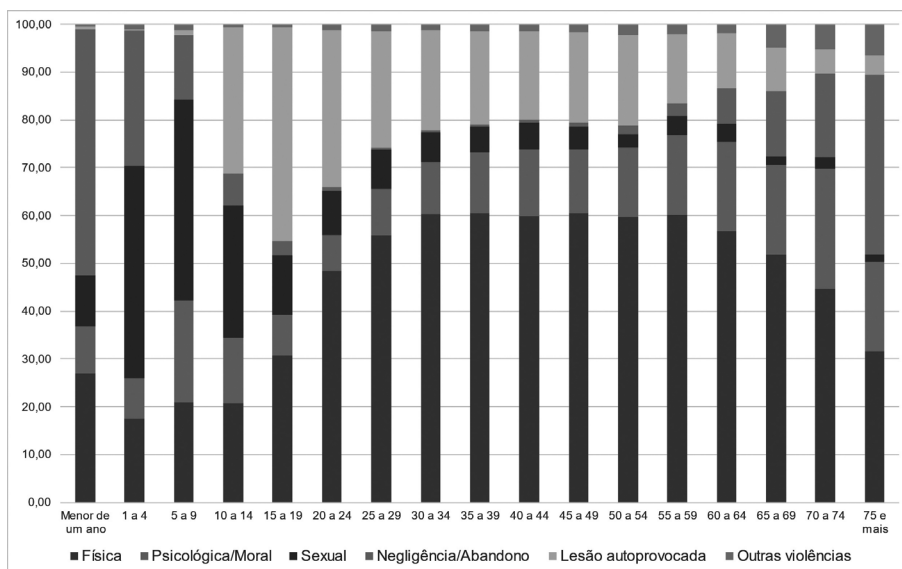
Gráfico 2 - Taxa de notificação de violência por 100.000 habitantes e proporção de notificações, crianças e adolescente de 0 a 19 anos, segundo quesito raça/cor. Município de São Paulo, 2021.



Fonte: SINAN NET²⁵, SEADE²⁶.

Considerando os tipos de violência que mais acometem crianças e adolescentes, as informações geradas pelos dados das notificações também estão condizentes com a literatura. Observa-se no Gráfico 3 que o primeiro ano de vida é fortemente marcado por situações de negligência (51,46%) e violência física (26,97%); nas faixas de 1 a 4 anos e 5 a 9 anos, a violência sexual se torna a mais prevalente (44,26% e 41,88%, respectivamente). Entre 10 e 14 anos, o principal tipo de violência observado são as lesões autoprovocadas (30,53%), que passam a ter maior magnitude entre os 15 aos 19 anos (44,64%), período em que a violência física também começa a aumentar proporcionalmente e se torna o principal tipo de violência entre adultos e idosos (20 a 74 anos).

Gráfico 3 - Proporção dos tipos de violência notificados por faixa etária. Município de São Paulo, 2022.

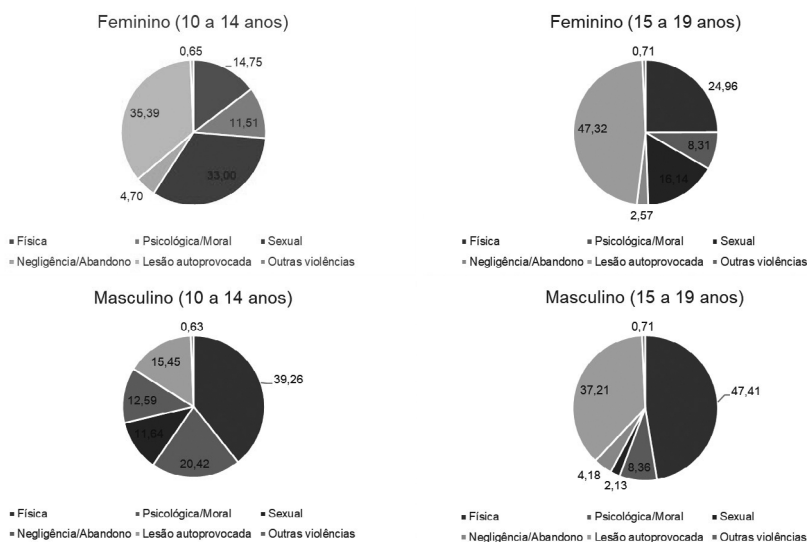


Fonte: SINAN NET²⁵, SEADE²⁶.

Em 2022, do total de 9.739 notificações de violência contra adolescentes de 10 a 19 anos, 74,32% são referentes ao sexo feminino. O tipo de violência mais prevalente no sexo feminino é a lesão autoprovocada (35,39% e 47,32%) para as duas faixas etárias desse grupo, 10 a 14 anos e 15 a 19 anos. Entre as adolescentes de 10 a 14 anos, o segundo tipo de violência mais prevalente é a sexual (33,00%), seguida pela física (14,75%). Na faixa etária de 15 a 19 anos, há uma inversão, a violência física passa a ser a segunda mais prevalente (24,96%) e em terceiro a sexual (16,14%) (Gráfico 4).

Quanto aos adolescentes do sexo masculino, observa-se que a violência física é a mais prevalente nas duas faixas etárias similares (39,26% e 47,41%). Entre os adolescentes de 10 a 14 anos, o segundo tipo de violência mais frequente é a psicológica (20,42%), seguida pela lesão autoprovocada (15,45%). E, na faixa etária de 15 a 19 anos, a lesão autoprovocada é a segunda mais frequente (37,21%); e, quando somada à violência física, corresponde a 84,62% das notificações.

Gráfico 4 - Proporção de notificações de violência entre adolescente de 10 a 19 anos, por sexo e tipo de violência. Município de São Paulo, 2022.

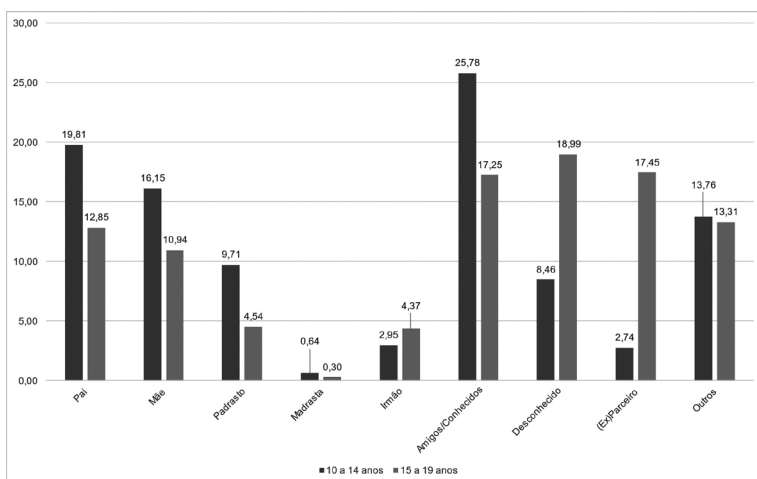


Fonte: SINAN NET²⁵, SEADE²⁶.

Caracterizando as situações de violência doméstica, destaca-se que 69,05% das notificações citam, como local de ocorrência da violência, a residência da vítima e 48,66% referem não ser a primeira vez que o evento ocorre²⁵.

As notificações de violência contra adolescentes de 10 a 14 anos apontam, como principal agressor, “amigos ou conhecidos” (25,78%), seguido do pai (19,81%) e da mãe (16,15%). Para os adolescentes de 15 a 19 anos, o principal agressor trata-se de “desconhecido” (18,99%), seguido do (ex)parceiro (17,45%) e “amigos ou conhecidos” (17,25%). No entanto, vale frisar que se somadas as categorias de agressores com vínculo de parentesco (pai, mãe, padrasto, madrasta, irmão e parceiros ou ex-parceiros) obtemos um total de 51,99% e 50,45%, para adolescentes de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, respectivamente. Também vale destacar que vínculos de parentesco mais distantes, como tios e avós, estão dentro da categoria “outros”. Ou seja, é possível afirmar que, na maioria dos casos de violência contra o adolescente, o agressor é conhecido e tem ou teve relação próxima à vítima; essa fatia é maior quando considerada a faixa etária de adolescentes mais jovens (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Proporção de notificações de violência interpessoal entre adolescentes de 10 a 19 anos, por faixa etária e vínculo do provável agressor. Município de São Paulo, 2022.



Fonte: SINAN NET²⁵, SEADE²⁶.

Núcleos de Prevenção de Violência (NPV)

Para o enfrentamento da violência exigiu-se uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde do Município de São Paulo, com atuação interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e um novo olhar em relação à cultura da violência. Frente ao desafio, os profissionais da saúde, por meio de movimentos regionais e coletivos, buscaram também novas formas de pensar o cuidado e se fortalecer. Assim, em 2012, foram criados os Núcleos de Prevenção de Violência (NPV), com uma participação intensa da rede interna de cuidado¹⁸.

A formalização dos NPV em todos os serviços de saúde ocorreu em 2015, conforme Portaria nº 1.300²⁷, objetivando a responsabilização pelo cuidado e o acesso aos serviços. Estes núcleos correspondem às equipes de referência dos serviços de saúde, as quais organizam o cuidado, articulam e apoiam as ações para o enfrentamento da violência e para a promoção da cultura de paz executadas pelos profissionais dos serviços de forma integrada.

Linha de Cuidado (LC) para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência

Com o fortalecimento dos NPV e com o crescimento das notificações de violência, a importância do tema foi ganhando representatividade dentro da Secretaria Municipal de Saúde. Em 2014, com o apoio dos representantes do Conselho Municipal de Saúde, evidenciou-se a necessidade da elaboração da “Linha de Cuidado (LC) para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência” para o Município de São Paulo. A Área Técnica AISPSV/CAB e o NDANT/DVE/COVISA foram os responsáveis pela elaboração desta política e considerou-se que, no desafio da organização de políticas públicas para o enfrentamento da violência, a construção coletiva com os trabalhadores e a articulação entre os setores seriam fundamentais.

Assim, foi criado o comitê para a elaboração desta Linha de Cuidado, envolvendo 28 profissionais dos diferentes níveis de Atenção à

Saúde, incluindo os representantes das CRS, Áreas Técnicas, Autarquia Hospitalar Municipal (AHM), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), COVISA e da Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Além disso, após a sua versão pré-finalizada, o documento da Linha foi posto em consulta pública o que garantiu a contribuição dos diferentes setores da sociedade.

O documento da “Linha de Cuidado (LC) para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência”¹⁹ visa orientar e sistematizar o trabalho dos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção, para estabelecer fluxos assistenciais para o cuidado ininterrupto, corresponsabilização de diferentes atores e resolubilidade da assistência para todos os tipos e naturezas de violência. Além disso, orienta os profissionais de saúde para a importância da integralidade do cuidado nas dimensões do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidado e de proteção social.

Em seu capítulo 7, a Linha traz um olhar sobre a violência sexual e, no capítulo 9, sobre a violência contra a criança e o adolescente.

Entendendo que uma forte e qualificada Rede de Cuidado às pessoas em situação de violência depende da existência de equipes de profissionais sensibilizados e capacitados para sua implantação, elaborou-se juntamente com a Escola Municipal de Saúde (EMS) de São Paulo um processo de Educação Permanente, objetivando apresentar o conteúdo deste documento, para incluir mudanças a partir da reflexão crítica sobre as práticas reais dos profissionais em ação na rede de serviços. Neste processo, houve participação de 1.300 profissionais das CRS, quando foi registrado um forte engajamento desses profissionais, na perspectiva de repensar os valores predominantes na sociedade e entender que, diante da família em situação de violência, o acolhimento e o apoio são fundamentais, possibilitando assim a criação da oportunidade de superação da violência de forma concreta, com possibilidade de geração de autonomia e potência de vida que poderá também se reproduzir por gerações²⁸.

No processo de Educação Permanente, no período de 2016-2017, foram envolvidos também outros representantes da Rede de Cuidado, como Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), Secretaria Municipal de Educação (SME), Secretaria Muni-

pal de Direitos Humanos e Cidadania de São Paulo (SMDHC), Conselhos Gestores, Defensoria Pública e Promotoria de Justiça da Infância e Juventude/Ministério Público do Estado de São Paulo, buscando contribuir para as ações de proteção e de garantia de direitos.

Frente às conquistas observadas, o processo de elaboração e implantação da Linha significou um grande passo na consolidação das políticas voltadas à AISPSV, o que incluiu a participação de 18 áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e CRS, com 60 representantes envolvidos, em conjunto com os demais atores da rede de proteção.

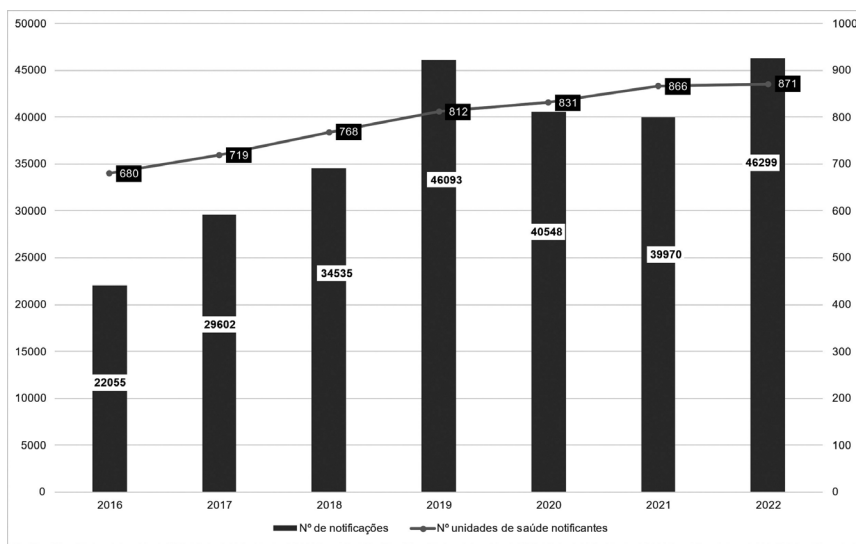
Após 7 anos da implantação da “Linha de Cuidado (LC) para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência”¹⁹, observou-se uma série de avanços, apresentados a seguir.

Avanços na vigilância e na assistência em saúde para o enfrentamento da violência

Desde a implantação do SINAN, observa-se um aumento no número de unidades notificantes e notificações do Município de São Paulo (Gráfico 6), independentemente da faixa etária. Esse resultado é reflexo do trabalho de toda a rede de vigilância e assistência para sensibilizar os profissionais de saúde e reduzir a subnotificação. No período de 2016 a 2019, houve um aumento contínuo, que coincide com os anos em que ocorreram os processos de Educação Permanente para a implantação da Linha em nosso município.

Em 2020 e 2021, com a pandemia de covid-19, houve um declínio nas notificações, observado em todos os agravos de notificação. E, em 2022, os números voltaram a subir, sendo o ano com o maior número de notificações já registrado (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Série histórica de notificações de violência de residentes no Município de São Paulo e unidades de saúde notificantes, 2016-2022.



Fonte: SINAN NET²⁶⁵.

A vigilância de violências também vem empenhando esforços para qualificar a informação. A ficha de notificação contém quase 70 campos e com o seu preenchimento obtém-se dados da vítima de casos confirmados ou suspeitos e dos prováveis agressores, de forma que se possa caracterizar a situação de violência. Há limitações do instrumento, pois esse abarca as várias violências e os vários grupos historicamente vulnerabilizados. Somado a isso, os desafios da notificação realizada pelos próprios profissionais que atendem o caso e a rotatividade desses trabalhadores nos serviços dá margem à incompletude e a inconsistências no preenchimento, que resultam na constante necessidade de capacitações e oficinas sobre o tema.

A Divisão de Informação para Vigilância em Saúde (DIVS) da SMS-PMSP, em parceria com o NDANT, desenvolveu a ferramenta “Verificação das Possíveis Inconsistências - VPI Violência”, aplicativo que identifica 12 situações de possíveis inconsistências ou incompletudes de campos importantes da ficha de notificação, como pode ocorrer com o quesito “raça/cor”, relacionado a indicadores de políticas municipais, estaduais e

nacionais, utilizado para avaliação e repasse financeiro aos Municípios. A ferramenta VPI está sendo revisada e irá aumentar o escopo de situações identificadas, por isso, é uma ferramenta que otimiza o monitoramento, o tempo de correção e a reorientação dos serviços para o adequado preenchimento da ficha, conseqüentemente a melhoria da informação a ser disponibilizada.

Considerando que o SINAN é um sistema federal e que a ficha de notificação, apesar de ser um avanço para o entendimento desse agravo, possui limitações – sendo uma delas a ausência em separado dos quesitos “tentativa de suicídio” e “demais autoagressões”, no bloco que tipifica o tipo de violência –, em 2017 o NDANT implantou uma codificação própria, buscando identificar os casos de tentativa de suicídio²⁹. Em 2021, essa codificação foi adotada para todo o estado de São Paulo e aprimorada para tipificar as tentativas de suicídio e demais autoagressões³⁰.

O NDANT tem produzido anualmente informes técnicos em datas alusivas, como no 18 de maio, “Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes” e no “Setembro Amarelo”, que faz ao 10 de setembro, “Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio”, entre outros, disponibilizados no site da COVISA e divulgados oportunamente com intuito de fomentar e subsidiar ações em toda a rede municipal de saúde, bem como dar visibilidade às notificações e o que elas expressam. Esses materiais também propiciam a reflexão sobre o trabalho na aproximação com as áreas técnicas da assistência, pois costumam ser elaborados em conjunto.

Outro ponto de destaque é o tabulador online (TabNet) do Município que serve para todos os agravos de notificação e que está disponível para consultas da população, por meio do site da Secretaria Municipal de Saúde. Esse tabulador não contempla informações sensíveis, mas permite fazer uma infinidade de análises, com o uso de diferentes filtros e recortes territoriais, sendo de grande utilidade para as CRS, Unidades de Vigilância em Saúde e unidades de saúde, além de ser uma ferramenta importante para o acesso e transparência da informação.

Destacamos, ainda, o Projeto de Educação Permanente em Promoção de Saúde, Vigilância de DANT, Garantia de Direitos Humanos e a Ação Conselheira, iniciado em 2019 e desenvolvido junto com o Conse-

lho Municipal de Saúde (CMS), Grupo de Trabalho da Comissão de Educação Permanente do CMS e da CRS Sul, e seus respectivos conselhos gestores que, após tratativas, foi lançado em seminário. Este processo, no entanto, foi interrompido durante a pandemia de covid-19, mas devido à sua importância deverá ser retomado, exigindo novas articulações e o detalhamento de um plano de trabalho conjunto.

Na Assistência em Saúde também houve vários avanços, levando à articulação entre diversos setores e o trabalho em rede como uma das estratégias para o enfrentamento da violência. As diversas parcerias e ações conjuntas foram estabelecidas e institucionalizadas através de projetos, leis, portarias e decretos. Em 2018, foi publicada a Lei nº 16.823³¹, regulamentada pelo Decreto nº 59.500 de 2020³², que institui o “Projeto de Prevenção da Violência Doméstica com a Estratégia de Saúde da Família”, em parceria com o Grupo de Atuação Especial de Enfrentamento à Violência Doméstica (GEVID) e o Núcleo Leste II do Ministério Público do Estado de São Paulo, com os serviços de saúde e de assistência social do Município de São Paulo. O Projeto tem por objetivo contribuir com a prevenção da ocorrência e/ou do agravo da violência doméstica e familiar contra as mulheres, por meio da difusão de informações (cartilhas impressas) e atendimento qualificado com encaminhamentos necessários (também interrompido posteriormente devido à pandemia de covid-19).

Em 2018, da mesma forma foi elaborado o “Plano pela Primeira Infância 2018-2030”³³, que estabelece, em seu eixo III, a garantia da proteção e o fornecimento de condições para o exercício dos direitos e da cidadania na primeira infância. Este Plano se constitui como um guia para a atuação do poder público, da sociedade e das famílias, além de ser uma ferramenta que traça metas e estratégias diretamente ligadas ao enfrentamento da violência ao transformá-las em ações que promovem a primeira infância plena e saudável.

Em 2019, o Município de São Paulo aderiu à “Parceria Global para o Fim da Violência Contra Crianças” (Global Partnership to End Violence Against Children), iniciativa liderada pela Organização das Nações Unidas (ONU) e coordenada, no Município de São Paulo, pela Secretaria Municipal de Governo (SGM). Instituiu-se um Comitê Gestor e da Comissão Técnica para o planejamento municipal e a implementação de ações in-

tersetoriais, por meio da Portaria nº 295 de 18 de outubro de 2019³⁴. Esta parceria teve como objetivo a elaboração de um diagnóstico temático aprofundado para a construção de indicadores e diretrizes de ação em cada território na cidade de São Paulo, que resultou na Portaria Municipal Conjunta SGM/SMADS/SME/SMS/SMDHC de 29 de dezembro de 2020, que estabelece o fluxo integrado de atenção à criança e ao adolescente vítima de violência²⁴.

O “Plano Municipal de Saúde (PMS), 2022-2025”, é o instrumento central de planejamento para a definição e implementação das prioridades da gestão municipal no âmbito de saúde para o período de quatro anos. Nele, a AISPSV estabelece como metas: atualizar a “Linha de Cuidado (LC) para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência” e implantar Equipes Especializadas de Violência (EEV) nas Supervisões Técnicas de Saúde de todas as CRSs que não possuem este atendimento e ampliar nas demais, conforme necessidade regional, segundo a Lei nº 13.431 de 2017³⁵. Cabe ressaltar que a partir da nova Lei nº 17.884 de 2023³⁶, essas EVV também terão como missão o atendimento das mulheres em situação de violência doméstica.

Devido às metas propostas no Plano Municipal de Saúde, especialmente em relação à implantação das equipes especializadas, foi necessário a elaboração de um plano de Educação Permanente, realizado em parceria com o Instituto Sedes Sapientiae via Centro de Referência às Vítimas de Violência (CNRVV). Este teve como objetivo sensibilizar e instrumentalizar os profissionais da área da saúde para o enfrentamento ético e crítico da violência sexual contra crianças e adolescentes. Paralelamente, foram desenvolvidas supervisões clínico-institucionais periódicas, objetivando instrumentalizar os profissionais com relação ao atendimento às pessoas em situação de violência e, no caso de crianças e adolescentes e suas famílias, com foco principalmente na violência sexual, considerando as dimensões clínica e interinstitucional da intervenção.

Para o fortalecimento e empoderamento da política pública de enfrentamento da violência no Município de São Paulo foram planejadas ações, tais como a elaboração e publicação da Portaria nº 383 de 27 de junho de 2022³⁷, que dispõe sobre a atuação dos profissionais que compõem os NPV, com a carga horária de 6 horas destinadas à discussão dos

casos de violência para planejamento de ações e articulação do cuidado. Outra ação planejada e realizada foi a inclusão de indicadores de qualidade de produção nos contratos de gestão das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e parceiros, via publicação da Portaria nº 333 de 2022³⁸, que estabelece a notificação de violências como referência na avaliação dos indicadores de trabalho dos serviços.

Ainda em fase de implantação, outra ação importante foi a inclusão de informações de vigilância e assistência nos prontuários eletrônicos a partir dos atendimentos de violência, incluindo os respectivos encaminhamentos realizados na rede intra e intersetorial. Além disso, está sendo feita a discussão da implantação de um sistema de informação de pós-notificação de violência, visando o monitoramento dos casos atendidos em toda rede de cuidado municipal.

Experiência da Coordenadoria Regional de Saúde Sul, para o atendimento e enfrentamento da violência contra criança e adolescente

No Município de São Paulo, a divisão administrativa da política de saúde é composta por 6 Coordenadorias Regionais (Norte, Sul, Leste, Oeste, Centro e Sudeste). Cada uma dessas tem em sua composição as Supervisões Técnicas de Saúde (STS), responsáveis pela gestão dos serviços de saúde nos territórios. Na CRS Sul, contamos com 5 STSs, que se distribuem pelos territórios de Cidade Ademar/Santo Amaro, Campo Limpo, Capela do Socorro, Parelheiros e M'Boi Mirim.

Segundo o Mapa da Desigualdade de 2021, 5 dos 15 distritos da região Sul aparecem como os mais vulneráveis em relação a todos os distritos da cidade de São Paulo³⁹. Nesse sentido, o território da CRS Sul apresenta altos índices de vulnerabilidade social e violência, produzindo uma série de problemáticas e desafios na formulação de políticas públicas efetivas.

Após a implantação da Linha, em 2015, realizou-se uma ampla capacitação dos profissionais de saúde que integravam os NPV nas 5 STS da CRS Sul, coordenada pela Área Técnica de AISPVS e pela Vigilância de Violência da CRS Sul. Durante a capacitação, foram propostas as se-

guintes ações: mapeamento e monitoramento dos NPV em todos os serviços de saúde; identificação dos nós críticos para atendimento das violências nos serviços de saúde; definição e fortalecimento de fluxos de atendimentos para a rede especializada e de urgência/emergência, com referência e contrarreferência; pactuação nos encaminhamentos dos casos notificados para setores competentes e articulação entre os NPV dos serviços através de relatórios qualificados; aprimoramento das ações de cuidado integrado com as demais áreas técnicas de saúde; fortalecimento da articulação com a rede protetiva: Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMADS), Secretaria Municipal de Educação (SME), Defensoria Pública do Estado de São Paulo, Conselhos Tutelares, SMDHC, Ministério Público do Estado de São Paulo e Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo etc.; e discussão com a rede protetiva sobre a Lei nº 13.431 de 2017³⁵, que normatiza e organiza o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência com mecanismos para prevenir e coibir a violência e medidas de assistência e proteção à criança e ao adolescente em situação de violência; intensificação das notificações de violência e diminuição dos serviços silenciosos.

Durante esse processo, foi garantida a representação de todos os serviços de saúde, o que fortaleceu espaços de discussão e educação permanente com todos os atores da rede de saúde. A partir disso, houve fortalecimento e ampliação dos NPV em relação à educação continuada pela oferta de outras capacitações promovidas por instituições com notório saber no manejo do atendimento e enfrentamento à violência nos mais diferentes públicos e situações. Como resultado desse percurso, atualmente, se perpetuam em todas as 5 STS da região Sul, encontros mensais com a presença de todos os serviços de referência.

Ainda, considerando os resultados, através do engajamento da rede de saúde, foram planejadas outras capacitações que versassem sobre temáticas relacionadas ao manejo dos casos de violência mais complexos e encontrados na realidade dos territórios. Nesse sentido, algumas instituições foram consultadas e, a partir da sua expertise e novas capacitações, foram construídas de maneira que dialogassem com as necessidades apontadas pela rede de saúde:

- “Curso de Violência Doméstica”: ministrado pelo Coletivo Entre Nós, que promoveu a discussão sobre os papéis de gênero, nas suas imbricações com raça e classe que têm legitimado as desigualdades sociais e a violência contra as mulheres, crianças, pessoas idosas ou com deficiência. Por meio do processo socioeducativo e de ações que propiciam a reflexão, o curso visou contribuir para a capacitação continuada de profissionais da saúde no atendimento às situações de violência doméstica e familiar.
- “Curso de Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes”: ministrado pelo Instituto Sedes Sapientiae via Centro de Referência às Vítimas de Violência (CNRVV), que trouxe como proposta reflexões teóricas e possibilidades de intervenção frente ao manejo dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes. A divisão em dois módulos desse curso (introdutório e avançado) propiciou o adensamento reflexivo de questões, indicadas como relevantes e recorrentes nas reverberações dos trabalhadores que participaram do módulo introdutório, em consonância com a experiência dos docentes responsáveis, instrumentalizando os profissionais da área da saúde para o enfrentamento ético e crítico da violência.
- “Curso de Violência Doméstica contra a Pessoa Idosa”: ministrado pelo Instituto Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento (OLHE), que teve como foco discutir o processo de envelhecimento humano através do conceito de “envelhecimento ativo” e longevidade, além de versar sobre os tipos de violência recorrentes contra a pessoa idosa, propostas de intervenção e garantia de direitos desta população.

Através das discussões promovidas nos espaços de capacitação, levantou-se a necessidade de Supervisão Clínico-Institucional para os casos mais complexos e de difícil manejo, identificados pelos serviços de saúde. Essa supervisão acontece nos fóruns mensais de NPV desde 2021 e conta com a participação de um profissional indicado pelos territórios e contratado via recurso de contrapartida do Contrato Organizativo de

Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES). Nesse espaço, além das discussões de casos, esses supervisores também tensionam a discussão sobre processo de trabalho, alinhamento de fluxos já estabelecidos e encaminhamento de propostas. Por meio dessa experiência, sempre embasada teoricamente, avalia-se que a Supervisão Clínico-Institucional tem proporcionado uma reflexão crítica sobre os papéis e atribuições dos trabalhadores do SUS com a temática da violência.

Cabe ressaltar que, durante a pandemia de covid-19 os encontros mensais de NPV presenciais foram interrompidos. Porém, essas reuniões foram mantidas em formato on-line com os profissionais de todos os serviços, visando a discussão de casos e fluxos de atendimentos. Também aconteceram atividades de educação em saúde com a população local, com o intuito de disseminar a informação sobre canais de denúncia de violências e espaços de cuidado dos NPV nas unidades básicas de saúde (UBS).

As UBS tiveram um papel fundamental no atendimento dos casos de violência no território, uma vez que os hospitais estavam em assistência exclusiva aos casos de Covid-19. Com a população em situação de violência, os profissionais das UBS realizaram atendimento *online* e visitas domiciliares, situações em que houve destaque do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), na busca ativa dos casos de suspeita e na orientação à população para a assistência.

A Equipe Especializada no Atendimento à Criança e Adolescente Vítimas e/ou Testemunhas de Violência (EEV)

Durante a capacitação para a implantação da Linha foi identificada a necessidade de se pensar a elaboração de um projeto-piloto para o atendimento da infância e adolescência vítima e/ou testemunha de violência, em intenso sofrimento psíquico e alta vulnerabilidade.

Com a publicação da Lei nº 13.431 de 2017³⁵ e diante da provocação da Promotoria de Justiça da Infância e Juventude do Fórum Regional, a proposta deste projeto passou a ser validada pela AISPSV e, a partir disso, a CRS Sul, com o apoio das suas STS, intercedeu junto aos parceiros para

implantação das equipes especializadas. A primeira equipe foi implantada na STS M'Boi Mirim, em 2018, com a O.S.S. Monte Azul, através da realocação de recursos já existentes.

As Equipes Especializadas no Atendimento à Criança e Adolescente Vítimas e/ou Testemunhas de Violência (EEV) são compostas por uma equipe multiprofissional (psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais) e são referência para os NPV dos serviços de saúde no cuidado dos casos de crianças e adolescentes vítimas e/ou testemunhas de violência que necessitam, inclusive, do atendimento em psicoterapia. Assim, tem como público-alvo crianças e adolescentes de 0 a 17 anos 11 meses e 29 dias cadastrados na UBS de referência, que apresentam intenso sofrimento psíquico e maior vulnerabilidade social devido à(s) violência(s) sofrida(s).

Os encaminhamentos para as EEV obrigatoriamente são realizados pelo NPV da UBS de referência. Contudo, cada território tem autonomia para definir quais os fluxos internos e encaminhamentos que mais se enquadram na sua realidade, desde que não desconfigurem a proposta desenhada.

Os atendimentos podem ser realizados de forma individual, compartilhada e/ou em grupo, de acordo com a demanda, a necessidade e, considerando a gravidade do caso, a disponibilidade dos usuários.

A maioria dos casos que as EEV acompanham é de violência sexual, sendo ofertados o acolhimento e o atendimento para as crianças, adolescentes e familiares que estão em sofrimento em decorrência da violência. Toda criança e adolescente é referenciado por, no mínimo, 2 técnicos que ofertam atendimento psicossocial e terapêutico. Além disso, outros profissionais da EEV fazem o atendimento do grupo familiar que, conforme observado no cotidiano de trabalho, também está engendrado na reprodução e manutenção do histórico de violência familiar.

O objetivo desse trabalho, é cuidar do intenso sofrimento psíquico gerado pela dinâmica da violência, que impacta de forma direta na qualidade de vida, buscando propiciar autonomia e condições para o rompimento do ciclo de violência. Além dos atendimentos, o matriciamento é também realizado pelas EEV, visando a consolidação e potencialização dos NPVs nos nossos territórios, enquanto espaços de organização de po-

lítica pública no atendimento às vítimas e/ou testemunhas de violência⁴⁰.

O apoio matricial, acontece semanalmente com os serviços de saúde na discussão de casos complexos de violência. As equipes têm como proposta o levantamento e a discussão de temáticas selecionadas, contribuindo com o processo de educação permanente em saúde nos NPV.

Uma das necessidades, apontadas pelo trabalho das EEV, foi a criação de um espaço de supervisão clínico-institucional específico para os casos acompanhados que necessitam de maior suporte para o manejo clínico. Essas supervisões acontecem, como dito anteriormente, mensalmente, com duração de uma hora e meia, por um profissional contratado com recurso do Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES), e contam com a participação de todos os componentes da EEV e demais profissionais que estão envolvidos no caso.

Os impactos da atuação das EEVs nos territórios, vão desde o fortalecimento de ações coletivas de enfrentamento à violência, ao abuso e à exploração sexual de crianças e adolescentes, até a qualificação continuada dos profissionais do NPV envolvidos no atendimento destinado às crianças e adolescentes vítimas de violência. Até o momento foi possível observar nos territórios da CRS Sul que, a partir da implementação das EEVs, houve uma ampliação da capacidade do cuidado e resolubilidade dos casos de violência contra crianças e adolescentes, com efetivo fortalecimento do grupo familiar, quando a oferta dessa atenção é realizada.

O trabalho do NPV com a rede intersetorial

A implementação das ações de assistência, enfrentamento e prevenção à violência, perpassa todos os atores da rede intersetorial, inclusive tem colaboração da Justiça (Ministério Público, Varas da Justiça, Defensoria Pública) na afinação da comunicação intersetorial e do alinhamento de fluxos e protocolos que efetivam o cuidado à população em situação de violência.

É importante destacar a parceria com a Promotoria de Justiça da Infância e Juventude da região Sul, que, ao longo dos anos, foi construindo um vínculo com a rede intersetorial, trazendo provocações que produzem efeitos importantes para a construção de novas vias de atendimento

e enfrentamento à violência contra criança e adolescente, como verificado na consolidação das EEV das 5 STS da CRS Sul.

Toda essa mobilização, acarretou numa implicação de toda a rede intersetorial (incluindo a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, as secretarias Municipais de Assistência e Desenvolvimento Social, a de Direitos Humanos e Cidadania, a de Educação e os Conselhos Tutelares) nas questões que perpassam as judicialização dos casos de violência, no compromisso ético e técnico de evitar revitimizações e na proposição de intervenções efetivas, ampliadas e não generalizantes. Essa articulação aprimora o fluxo intersetorial dos casos de violência e por isso tem sido uma proposta da Área Técnica AISPSV há muitos anos.

Cabe ressaltar que cada território tem a sua articulação e sua rede intersetorial e, desde a implantação dos NPV, os serviços que compõem as outras políticas vêm participando dos fóruns mensais para pactuação de fluxos e protocolos. Contudo, a participação da Justiça nessas discussões é estratégica e tem efetivado a comunicação intersetorial.

Uma responsabilidade que a Área Técnica AISPSV da Coordenadoria Sul assume anualmente, é o acompanhamento de todas as audiências concentradas na Justiça. Essas audiências têm o intuito de reavaliar a situação das crianças e adolescentes vítimas de violência - no sentido de abreviar o tempo na instituição, ou quando não for possível, verificar como estão sendo dados os encaminhamentos necessários, de acordo com a especificidade de cada caso, buscando criar condições para o desacolhimento seguro. Nelas, a rede protetiva contribui com informações sobre o acompanhamento realizado e constrói estratégias coletivas para o cuidado das crianças, adolescentes e do grupo familiar.

Esse compromisso, foi assumido por entender que a Saúde tem um papel fundamental na organização do cuidado dessas famílias e suas respectivas crianças e adolescentes acolhidos. Assim, as ações de saúde são imprescindíveis para a garantia de direitos da população, desencadeando em decisões que envolvem desde o empoderamento desses grupos familiares no intuito de receberem seus filhos de volta com a quebra do ciclo de violência, até decisões onde é necessária a destituição do poder familiar e a inserção dessas crianças e adolescentes em famílias substitutas.

Considerações finais

A violência na sociedade moderna tornou-se objeto de estudo em função da gravidade e magnitude do problema. Para a Saúde, o tema é de grande importância em função do impacto que gera nos processos de cuidado. Diante deste cenário no Brasil, o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes da “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências”, por meio da organização da “Rede Nacional de Prevenção da Violência, Promoção da Saúde e da Cultura de Paz”, em parceria com universidades, estados e Municípios, que mantém diálogo constante com outros ministérios e órgãos públicos, movimentos sociais e a sociedade civil, fortalecendo o trabalho nos Municípios.

Na cidade de São Paulo, consideramos que a política de cuidado e atenção integral à saúde da pessoa em situação de violência, coordenada pela Área Técnica da AISPVS/AB e o NDANT/DVE/COVISA, teve grandes avanços desde sua implantação em 2002, em especial referente ao atendimento de crianças e adolescentes.

Durante esses anos, várias estratégias foram empregadas para alcançar estes resultados, destacando a consolidação das ações integradas entre assistência e vigilância, o que aprimorou os processos de cuidado e ampliou os esforços na construção desta política. Dentre essas, destaca-se a importância do trabalho integrativo, participativo e democrático das áreas envolvidas, buscando sempre manter espaços de diálogo, articulação e escuta entre os diferentes setores da Secretaria Municipal de Saúde, em níveis de gestão e com os demais atores da rede. Cabe mencionar também os processos de educação permanente, que possibilitaram sensibilizar e capacitar profissionais, criando um espaço de apoio e troca de saberes.

Nos territórios, observamos o fortalecimento do trabalho por meio do aprimoramento dos diagnósticos de casos de violência, no aumento das notificações de violência e na qualidade das informações. Em especial, na Região Sul do Município, com o foco de trabalho na violência contra crianças e adolescentes, houve a integração com as redes de proteção e avanços nas parcerias que atuam na garantia de direitos, as-

segurando inclusive o atendimento psicológico às vítimas que vivem situações de violência, minimizando as graves sequelas e propiciando a restauração das famílias.

Esses processos possibilitaram o empoderamento e o protagonismo dos profissionais sensíveis às questões da violência, os quais, com empenho e determinação, garantiram a continuidade da política pública construída no Município, mesmo em períodos muito difíceis de gestões nas três esferas de governo, como durante a pandemia de covid-19 e do recente contexto nacional de desmandos, desautorização de autoridades sanitárias, desprezo pela ciência, enfraquecimento das várias políticas públicas sociais que vinham sendo implementadas, e regressões e ataques aos direitos já adquiridos, fatores que se refletiram no aumento de vulnerabilizações de grupos e populações.

Mesmo nesses momentos difíceis, a maioria das ações de proteção e atenção à violência foram mantidas no Município de São Paulo, como o monitoramento dos casos pelos diversos NPV por meio do contato telefônico e/ou de visita domiciliar, da elaboração e divulgação de materiais educativos à população por diferentes canais de comunicação, da busca ativa dos casos de violência via demandas judiciais e da notificação junto ao SINAN, além do incentivo aos profissionais dos SUS, especialmente os/as agentes comunitários de saúde, para o fortalecimento do trabalho em seus territórios.

Apesar dos avanços, o desenvolvimento da Política de Enfrentamento à Violência no Município de São Paulo ainda tem muito a alcançar, considerando o necessário fortalecimento das ações existentes, da ampliação das boas iniciativas e experiências para todo o território do Município, da dinamização do trabalho da rede como um todo, melhoria da organização e da comunicação entre os serviços e o avanço na participação dos conselhos, buscando restabelecer e expandir a discussão sobre a promoção de saúde, doenças e dos agravos não transmissíveis, incluindo a violência e a necessidade de garantia de direitos.

No desafio da construção de políticas públicas para o enfrentamento deste fenômeno e suas causas, o trabalho em rede e a capacidade de articulação entre os diversos setores da sociedade se mostram fundamentais, uma vez que potencializam a produção de ações relevantes às questões da violência.

Referências

1. Silveira L. Guia passo a passo: prevenção e erradicação do trabalho infantil na cidade de São Paulo. São Paulo: Associação Cidade Escola Aprendiz; 2019.
2. Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [internet]. Brasília (DF): Senado Federal; 2016 [acesso em 29 jan 2023]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
3. Organização das Nações Unidas - ONU. Convenção dos Direitos da Criança. Carta Magna [internet]. Genebra, 1989 [acesso em 10 out 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convidir_crianca.pdf
4. Brasil. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente [internet]. Diário Oficial da União. 16 jul 1990; Seção 1:13563, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
5. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas e Saúde (CODEPPS). Caderno de violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes [internet]. 2007 [acesso em 29 out 2022]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/crianca/Adolescente.pdf>
6. Novaes R. Juventude e sociedade: jogos de espelhos. Sociologia Especial Ciência & Vida. 2007; 1(2):8.
7. Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO. Sobre a violência contra crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Carta dos Gestores e Profissionais Parceiros do Programa Saúde na Escola aos Gestores e profissionais de Educação e Saúde pela Paz nas Escolas [internet]. 2019 [acesso em 05 ago 2023]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/sobre-a-violencia-contra-criancas-adolescentes-e-jovens-brasileiros/40061/>
8. Azevedo MCS; Guerra VNA. Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Editora Iglu; 1989.

9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde Escolar - PeNSE 2019 [internet]. 2021 [acesso em 10 dez 2022]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv43063.pdf>
10. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006. (Temas em saúde collection)
11. Krug EG. World report on violence and health [internet]. 2002 [acesso em 20 set 2022]. Disponível em: <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>
12. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção I:18055. [acesso em 5 dez 2022]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
13. Brasil. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 31 dez 1990; Seção1:25694. [acesso em 10 jan 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências [internet]. 2 ed. 2005 [acesso em Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf
15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde [internet]. 3 ed. 2010 [acesso em 20 out 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
16. Brasil. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de dire-

- trizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Diário Oficial da União. 2017; Seção 1:68. [acesso em 20 nov 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
17. Brasil. Resolução nº 588 de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução [internet]. Diário Oficial da União. 13 ago 2018; Seção 1:p.87. [acesso em 20 fev 2023]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>
 18. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Cultura de Paz, Saúde e Cidadania. Documento Norteador para a Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência do Município de São Paulo [internet]. 2012 [acesso em 20 jan 2023]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/culturapaz/DocumentoNorteador_2012.pdf
 19. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Coordenação da Atenção Básica. Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência do Município de São Paulo [internet]. 2015 [acesso em 23 jan 2023]. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/baixacartilhaviolencia\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/baixacartilhaviolencia(1).pdf)
 20. Njaine K, Assis SG, Constantino P, organizadores. Impactos da violência na saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
 21. São Paulo (Cidade). Decreto nº 48.421, 06 de junho de 2007. Regulamenta a Lei nº 13.671, de 26 de novembro de 2003, que dispõe sobre a criação do Programa de Informações sobre Vítimas de Violência no Município de São Paulo [internet]. Diário Oficial da Cidade. 7 jun 2007; 52(104):1. [acesso em 23 jan 2023]. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-48421-de-6-de-junho-de-2007>
 22. São Paulo (Município). Portaria nº 1.102 de 19 de junho de 2015. Estabelece a notificação compulsória dos casos de violências e de acidentes, nos serviços de saúde públicos e privados, no Município de São Paulo [internet]. Diário Oficial da Cidade. 2015, 60(113):27. [acesso em 20 jan 2023]. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-1102-de-20-de-junho-de-2015>

23. Brasil. Portaria nº 1.271 de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 7 jun 2014; Seção.1:37. [acesso em 20 fev 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html
24. São Paulo (Município). Portaria conjunta SGM nº 21 de 29 de dezembro. Institui e detalha o fluxo integrado de atenção à criança e ao adolescente vítima de violência parte integrante do protocolo integrado de atenção à primeiríssima infância [internet]. Diário Oficial da Cidade. 30 dez 2020; 65(245):7. [acesso em 20 jan 2023]. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-conjunta-secretaria-de-governo-municipal-sgm-secretaria-municipal-de-assistencia-e-desenvolvimento-social-smads-secretaria-municipal-de-educacao-sme-secretaria-municipal-da-saude-sms-secretaria-municipal-de-direitos-humanos-e-cidadania-smdhc-21-de-29-de-dezembro-de-2020/consolidado>
25. Ministério da Saúde (BR). Agravos não-transmissíveis: doenças e agravos [internet]. [acesso em 14 out 2022]. Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/doencas-e-agravos>
26. Fundação Seade. População estimada [internet]. [acesso em 20 jan 2023]. Disponível em: <https://populacao.seade.gov.br/>
27. São Paulo (Município). Portaria nº 1.300 de 14 de julho de 2015. Institui os Núcleos de Prevenção da Violência (NPV) nos estabelecimentos de Saúde do Município de São Paulo [internet]. Diário Oficial da Cidade. 15 jul 2015; 60(128):20. [acesso em 23 jan 2023]. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-1300-de-15-de-julho-de-2015>
28. Campos Lico FM, Miyashiro Tápias SY, Lorenzato A, Scalco MLA, Figueira Junior N. A estratégia de educação permanente para a produção de redes de cuidado na atenção à saúde da pessoa em situação de violência na cidade de São Paulo. BIS, Bol. Inst. Saúde [internet]. 2017; 18(2):128-138. DOI: 10.52753.v18.34784. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/34784>

29. São Paulo (Município). Instrutivo Complementar para o Município de São Paulo. SINAN violências [internet]. 2019 [acesso em 20 jan 2023]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/instrutivo_sinan_violencia_2019.pdf
30. São Paulo (Estado). Nota Técnica CVDANT 01/2021. Orientação sobre o registro de lesões autoprovocadas na ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do SINAN [internet]. 2021 [acesso em 24 mar 2023]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/NT_01_2021_CVDANT_Nucleo_Vig_Viol_2021.pdf
31. São Paulo (Município). Lei nº 16.823 de 6 de fevereiro de 2018. Institui o Projeto de Prevenção da Violência Doméstica com a Estratégia de Saúde da Família [internet]. Diário Oficial da Cidade. 7 fev 2018; 63(24):1. [acesso em 10 abr 2023]. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-16823-de-6-de-fevereiro-de-2018/consolidado>
32. São Paulo (Município). Decreto nº 59.500 de 2020. Institui o Projeto de Prevenção da Violência Doméstica com a Estratégia de Saúde da Família. São Paulo, 8 jun 2020.
33. São Paulo (Município). Decreto nº 58.514 de 14 de novembro de 2018. Aprova e institui o Plano Municipal pela Primeira Infância 2018-2030 [internet]. Diário Oficial da Cidade. 2018; 63(216):1. [acesso em 12 fev 2023]. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-58514-de-14-de-novembro-de-2018>
34. São Paulo (Município). Portaria SGM nº 295 de 18 de outubro de 2019. Constitui Comitê Gestor para implantação da parceria global para o fim da violência contra crianças e adolescentes e Comissão Técnica para o fim da violência contra crianças e adolescentes da cidade de São Paulo [internet]. Diário Oficial da Cidade. 19 out 2019; 64(199):22. [acesso em 20 fev 2023]. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-de-governo-municipal-smg-295-de-18-de-outubro-de-2019>
35. Brasil. Lei nº 13.431 de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) [internet]. Diário Oficial da

- União. 5 abr 2017; Seção 1:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113431.htm
36. São Paulo (Município). Lei nº 17.884 de 2 de janeiro de 2023. Institui o Programa de Acompanhamento Psicológico às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica, no âmbito do Município de São Paulo [internet]. Diário Oficial da Cidade. 2023; 68(1):1. [acesso em 20 jan 2023]. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-17884-de-2-de-janeiro-de-2023>
 37. São Paulo (Município). Portaria nº 383 de 27 de junho de 2022. Dispõe sobre a atuação dos profissionais que compõem os Núcleos de Prevenção da Violência - NPV dos estabelecimentos de saúde vinculados à Secretaria Municipal da Saúde [internet]. Diário Oficial da Cidade. 28 jun 2022; 67(119):34. [acesso em 20 jan 2023]. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-383-de-27-de-junho-de-2022/consolidado>
 38. São Paulo (Município). Portaria nº 333 de 31 de maio 2022. Atualiza os indicadores de qualidade e produção e institui indicadores de monitoramento para os contratos de gestão celebrados pela Secretaria Municipal da Saúde com organizações sociais, bem como dispõe sobre o acompanhamento assistencial desses contratos. Diário Oficial da Cidade. 1 jun 2022; 67(102):8. [acesso em 20 out 2022]. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-333-de-31-de-maio-de-2022>
 39. Abrahão J, coordenador. Mapa da Desigualdade de 2021 [internet]. 2021 [acesso em 28 jan 2023]. Disponível em: https://www.nossaopaulo.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Mapa-Da-Desigualdade-2021_Tabelas.pdf
 40. Chiaverini DH, organizador. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília (DF); Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011.

Cuidado em Rede de Crianças e Adolescentes em Situação de Violência: um compromisso com a garantia de direitos

**Andrea Batista de Oliveira^I, Benedito Alexandre de Moraes^{II},
Célia Maria Raposo^{III}, Cristina Henrique da Silva Passos^{IV},
Daniela Aparecida Guedes de Paula^V, Liz Grace Ferreira^{VI},
Marilis Bason Cury^{VII}, Suellen de Lourdes Borrett Silva^{VIII},
Telma Araújo Porto Couto^{IX}**

**(Membros da Comissão de Monitoramento
da Rede Protetiva de Crianças e Adolescentes de Jacaréi)**

-
- I Andrea Batista de Oliveira (andrea.oliveira@jacarei.sp.gov.br) é Psicóloga pela Universidade Paulista (UNIP), Especialista em Prevenção e Posvenção do Suicídio pelo Instituto Vita Alere, atua como Assessora na Secretaria Municipal de Saúde de Jacaréi-SP.
- II Benedito Alexandre de Moraes (conselhojacarei@gmail.com) é Psicólogo pela Universidade Braz Cubas, Membro do Conselho Tutelar de Jacaréi-SP.
- III Célia Maria Raposo (celia.raposo@educacarei.sp.gov.br) é Psicóloga pela Universidade Federal Fluminense (FF), Especialista em Educação Especial, Supervisora de Projetos Educativos da Secretaria Municipal de Educação de Jacaréi-SP.
- IV Cristina Henrique da Silva Passos (conselhojacarei@gmail.com) é Assistente Social pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP). Membro do Conselho Tutelar de Jacaréi-SP.
- V Daniela Aparecida Guedes de Paula (daniela.paula@educacao.sp.gov.br) é Pedagoga pela Universidade Bandeirantes (UNIBAN), Especialista em Ética, Saúde e Valores na Escola e em Gestão de Resultados pela Universidade de São Paulo (USP), Mestre em Educação pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Aluna Especial do Programa de Doutorado da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Supervisora de Ensino da Rede Estadual Paulista, Interlocutora Regional do Programa de Melhoria da Convivência e Proteção Escolar (CONVIVA SP).
- VI Liz Grace Ferreira (liz.ferreira@jacarei.sp.gov.br) é Assistente Social pela Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP) e Especialista em Gestão Pública pela Faculdade de Educação São Luís, em Cultura da Paz pelo Instituto Educacional do Vale do Paraíba, atua como Supervisora de unidade do Centro de Referência em Assistência Social (CREAS) de Jacaréi-SP.
- VII Marilis Bason Cury (marilis.cury@jacarei.sp.gov.br) é Graduada em Odontologia pela Universidade do Estado de São Paulo (UNESP), Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Taubaté (UNITAU), em Saúde da Família pela Universidade Federal de São Paulo, Especialista nos Impactos da Violência na Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Articuladora do Internato Médico na Secretaria de Saúde do Município de Jacaréi-SP.
- VIII Suellen de Lourdes Borrett Silva (suellen.borrett@jacarei.sp.gov.br) é Psicóloga pela Universidade Dom Bosco (UniDomBosco), Especialista em Violência e Problemas Comportamentais na Infância e na Adolescência pelo Centro de Direitos Humanos - Programa CUIDAR - Itanhaém-SP, Supervisora do Programa Família Segura da Secretaria de Saúde de Jacaréi-SP.
- IX Telma Araújo Porto Couto (telma.araujo@educacarei.sp.gov.br) é Pedagoga, Supervisora do Núcleo de Atendimento Multidisciplinar (NAM) da Secretaria Municipal de Educação de Jacaréi-SP.

Resumo: Este capítulo tem o simples propósito de compartilhar a trajetória percorrida pelo poder público em busca da melhoria do atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. Sem pretensão de repassar modelos rígidos, relatamos o engajamento, implicação, estudo e diálogos incessantes entre os atores da rede protetiva do município de Jacareí – SP durante a construção coletiva de um fluxo de cuidado integral e integrado, para causar inspiração para outros protagonistas que atuam na área.

Palavras-chave: Fluxo de atendimento; Rede de proteção; Direitos da criança e do adolescente.

Introdução – a implementação de uma Política de Atenção a Vítimas de Violência Sexual em Jacareí

O município de Jacareí, estado de São Paulo, vem fomentando discussões sobre ações de prevenção e enfrentamento à violência desde o ano de 2014, ocasião em que o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) apontou para a necessidade prioritária de construção de um fluxo de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

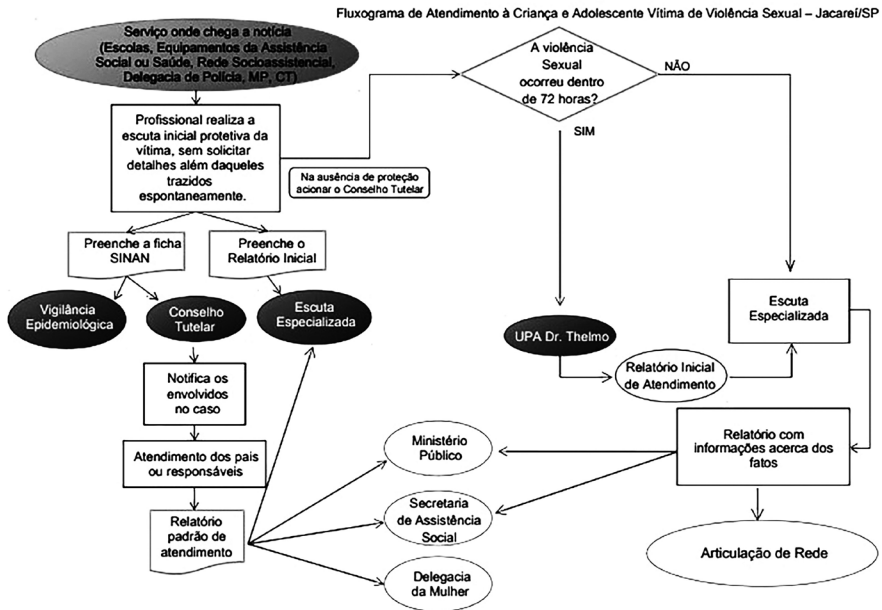
As crianças e adolescentes atendidos nos serviços públicos eram constantemente revitimizados frente à violência institucional, devido aos sucessivos encaminhamentos aos diversos pontos de atendimentos da Saúde, Assistência Social, Conselho Tutelar, Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) e Ministério Público, de forma desarticulada e pouco resolutive. No mesmo ano, por iniciativa do CMDCA e técnicos dos serviços envolvidos diretamente com o atendimento de crianças, adolescentes e suas famílias, instituiu-se um Colegiado com a proposta de construção de um fluxo de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

No ano seguinte, em 2015, o Ministério Público do Estado de São Paulo (MPSP) instaurou um Inquérito Civil no intuito de acompanhar o processo de constituição e consolidação da Rede de Proteção às crianças e adolescentes de Jacareí.

Na perspectiva de prevenção secundária, ou seja, almejando a intervenção precoce e imediata nas situações de violência sexual, os atores das políticas públicas envolvidos com o atendimento e acompanhamen-

to das vítimas e famílias, mobilizados e apoiados pelo Ministério Público, passaram a se reunir sistematicamente para traçar um caminho seguro e protegido a ser percorrido pelas crianças e adolescentes. Após 2 anos de discussões e reflexões, chegou-se a um fluxograma geral a ser seguido por todos os serviços da Rede Protetiva deste município (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de Atendimento à Criança e Adolescente Vítimas de Violência Sexual – Jacareí-SP



Fonte: Prefeitura Municipal de Jacareí – SP, 2016.

Em 2016, o CMDCA aprovou a Resolução nº 2 que dispõe sobre o fluxograma de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual de Jacareí/SP e, posteriormente, foi sancionado o Decreto nº 3.823 de 7 de outubro de 2016, que dispõe sobre a aprovação desta resolução¹.

Ao longo de 2017, as políticas públicas envolvidas no atendimento às vítimas - Saúde, Educação e Assistência Social, juntamente com o Conselho Tutelar e o Ministério Público, iniciam o processo de implemen-

tação do fluxo de atendimento, para que os técnicos e profissionais das diversas políticas pudessem se apropriar de seus respectivos papéis na Rede de Proteção. O Núcleo de Educação Permanente da Saúde (CRES-CER) conduziu esta implementação com rodas de conversas sistemáticas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); a Secretaria de Educação estabeleceu, na rede pública de ensino, a formação continuada sobre identificação de sinais de violência, escuta qualificada aos relatos espontâneos das crianças e dos adolescentes e procedimentos para notificação, voltada para gestores, professores e educadores em geral, estendendo também o convite às escolas particulares.

Outras áreas técnicas também se organizaram para uma mobilização de formação entre seus pares e parceiros. O dever da notificação de suspeita de violência e o reconhecimento das instituições e dos profissionais que atendem crianças e adolescentes de seu papel preponderante na Rede de Proteção foram procedimentos e valores fortalecidos pela integração e formação permanente realizada pelos diversos órgãos de proteção.

O papel da Saúde e a função da escuta especializada

Em 4 de abril de 2017, a Lei nº 13.431², que estabelece critérios de escuta das crianças e adolescentes vítimas de violência, endossou o objetivo da Escuta Especializada, procedimento de entrevista já estruturado no município com profissionais qualificados e realizado em ambiente acolhedor à vítima, por profissionais da Saúde.

O atendimento para realização da Escuta Especializada de crianças e adolescentes vítimas de violência é feito com a intenção de favorecer um ambiente emocionalmente confortável e seguro, para que a vítima possa falar da situação vivida e encontrar o acolhimento necessário. São as crianças e os adolescentes atendidos que direcionam o atendimento, ou seja, o procedimento da Escuta Especializada acontece respeitando a disponibilidade de cada um, a narrativa e até mesmo, o direito ao silêncio.

A partir do que é revelado na Escuta Especializada são identificadas as necessidades para o cuidado e proteção da vítima de violência e sua família. Como desdobramento da Escuta Especializada são promovidos

os cuidados em saúde, identificadas as vulnerabilidades sociais e realizadas as primeiras intervenções pela Assistência Social, realizado o acompanhamento educacional, com o envolvimento de toda a Rede Protetiva.

Após o procedimento da Escuta Especializada, são encaminhados relatórios para a Assistência Social e Ministério Público e uma cópia permanece com a Secretaria de Saúde para continuidade do cuidado em saúde nos serviços da Rede Assistencial. Assim, há uma comunicação efetiva entre as partes que compõem a Rede Protetiva para o acompanhamento das vítimas e famílias. A vigilância em saúde ocorre no território, nas Unidades Básicas de Saúde, por meio de visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipes de referência.

- O papel da Rede Pública de Ensino:

Com o fluxo de atendimento construído e funcionando de modo mais articulado e com a operacionalização mais efetiva da notificação e medidas de intervenção frente à violência instituída, surgiu a necessidade de investir em estratégias de prevenção à violência, como meta para reduzir o número de crianças, adolescentes e famílias envolvidos nessas situações. Neste sentido, as Redes Públicas de Ensino, Municipal e Estadual, não mediram esforços para o desenvolvimento de um trabalho mais efetivo de prevenção nas unidades escolares, instituições reconhecidas como fundamentais na rede de proteção e garantia dos direitos de crianças e adolescentes.

Assim, nas escolas municipais, foi implantado o “Projeto Educar para Proteger”, com o intuito de ajudar as crianças a desenvolverem estratégias e habilidades de autoproteção, para que aprendam a diferenciar os toques e comportamentos abusivos daqueles de cuidado, para que consigam dizer “não” quando algo lhes desagrade e invade a sua intimidade e o seu corpo e para que saibam procurar ajuda ao se encontrarem em situação de risco e violência. O projeto tem como objetivo principal instrumentalizar todos os professores da Educação Básica nos seguintes aspectos: fundamentação legal dos direitos humanos de crianças e adolescentes; princípios de boas práticas no âmbito da Rede de Proteção; identificação de sinais de violência e desenvolvimento de ações de pre-

venção à violência e de autoproteção da criança³.

A Rede de Ensino Estadual, por sua vez, por meio do Programa de Melhoria da Convivência e Proteção Escolar (CONVIVA SP), investiu na qualificação das relações no ambiente escolar, como condição essencial para assegurar a construção de vínculos saudáveis, de forma que os estudantes reconheçam a escola como um espaço seguro, protetivo e pacífico. Considerando as premissas deste Programa, a área de Proteção e a de Saúde foram devidamente apontadas como uma das dimensões do CONVIVA: “projetos e ações que possibilitem e promovam fomento, mobilização e articulação com rede referenciada de saúde, de proteção social e de apoio psicossocial, conselhos tutelares e demais equipamentos locais de atendimento”⁴. Desse modo, a presença da interlocução do CONVI-VA com o Fluxo de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas ou Testemunhas de Violência do município de Jacareí foi fundamental para o fortalecimento das escolas e dos fatores de saúde para a comunidade escolar. O fluxo permitiu aos gestores maior apoio e recurso ao lidar com situações mais complexas e delicadas, confirmando as afirmações de Rosa⁵, de que a escola e os educadores são plenamente capazes de realizar muitas ações e de serem agentes de promoção de saúde, mas terão essa atuação multiplicada e potencializada se fizerem parte de uma rede intersetorial.

- O papel da Assistência Social:

No que se refere a política de Assistência Social, a matricialidade de atendimento desta está centralizada na família⁶. É na família onde ocorrem as primeiras relações e socialização dos indivíduos. Quando se trata de violência intrafamiliar, é necessário se estabelecer um atendimento próximo com as famílias dessas crianças e adolescentes que tiveram seus direitos violados. Este acompanhamento é realizado pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que é uma unidade pública da política de Assistência Social onde são atendidas famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados⁷.

Nesse sentido, a oferta de atendimento se dá pelo Serviço de Pro-

teção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), cujo objetivo é contribuir para a construção de possibilidades de mudança e transformação nos padrões de relacionamento com violação de direitos, construir novas formas de relacionamento, novas formas de educar e cuidar. Além disso, identifica as vulnerabilidades bem como busca fortalecer potencialidades observadas no núcleo. Ou seja, todo o acompanhamento prevê o entendimento e o fortalecimento da função protetiva da família.

O acompanhamento também prevê a construção de um PIA - Plano Individual de Atendimento, onde tudo que foi observado e estabelecido com a família é descrito com metas e prazos. Além disso, deve delinear estratégias que serão adotadas no decorrer do acompanhamento especializado, bem como os compromissos de cada parte, em conformidade com as especificidades das situações atendidas. As famílias e indivíduos devem ser envolvidos direta e ativamente na construção desse plano, da definição dos encaminhamentos e da periodicidade dos atendimentos, para que a oferta do trabalho social represente uma proposta de trabalho viável, que faça sentido em sua trajetória de vida.

Durante o acompanhamento também são analisados fatores que contribuem para os entendimentos dos riscos em cada situação. Ao se tratar de crianças e adolescentes, alguns pontos podem ser salientados nos acompanhamentos das situações de violência como: entender qual o nível de contato da vítima com o autor de violência; qual o entendimento que a vítima e sua família possuem sobre a violência sofrida; se os responsáveis acreditam no relato da vítima; se a violência ocorrida é doméstica e/ou intrafamiliar; se existem outros fatores de risco como condições habitacionais, de saúde da família; entender o histórico de violência familiar; se possui rede de apoio familiar; se a família depende financeiramente do autor da violência; como ficou a rotina da vítima após a ocorrência da violência; como ficaram os vínculos dos membros que permaneceram no convívio com a vítima, se foram fragilizados e se, por algum motivo, é necessária a aplicação de medidas protetivas. Além disso, o acompanhamento das famílias pode ser realizado em conjunto com toda a Rede Protetiva. Desta forma, é de suma importância que o trabalho seja articulado em Rede para maior efetividade.

- O papel do Conselho Tutelar:

Com a integração das políticas de atendimento, as “portas abertas” para a comunicação das denúncias se ampliaram, no município, para além do Conselho Tutelar. Entretanto, o fluxo da rede protetiva destaca o papel relevante do Conselho Tutelar na centralização das denúncias de todas as fontes, sistematização dos registros de ocorrências de violações de direitos, de aconselhamento aos pais e responsáveis, de aplicação de medidas de proteção e de sua atribuição fundamental de articulação entre os serviços públicos de Saúde, Educação, Assistência Social, Esportes e Recreação e Cultura, procurando acompanhar as providências tomadas para a garantia de proteção à infância.

- A Comissão de Monitoramento da Rede Protetiva:

Para discutir, implementar ações, articular a Rede e acompanhar as vítimas e seus familiares, surgiu a necessidade de instituir uma Comissão de Monitoramento da Rede Protetiva. A Comissão composta por representantes dos diversos serviços do sistema de garantia de direitos, a qual já se reunia mensalmente desde 2017, passa a ser legitimada, em novembro de 2020, pela Lei Municipal nº 6.357⁸.

O papel da Comissão, a partir da promulgação da Lei nº 13.431 de 2017², que estabeleceu critérios de escuta das crianças e adolescentes vítimas de violência, foi de muito estudo e reestruturação dos serviços, tanto para ampliação da Escuta Especializada para crianças e adolescentes vítimas de outras tipificações de violência, e não apenas para os casos de violência sexual, como também para garantir o seu caráter restrito à proteção, com o intuito de acionar com celeridade as medidas protetivas e os serviços necessários para assistência à criança e ao adolescente. Nesse sentido, a Comissão teve a importante função de evitar que a Escuta Especializada fosse utilizada como método de produção de prova, alternativo ao Depoimento Especial, que tem caráter investigativo.

Preservar a criança e adolescente de repetidos depoimentos nos diversos pontos de atendimento, evitando a revitimização, que pode se caracterizar como violência institucional; promover o acompanhamento

das vítimas e suas famílias para a superação dos danos causados pela exposição à violência; e evitar novas exposições, são os principais objetivos dos protocolos de atendimentos e do fluxo municipal construídos coletivamente pelos órgãos de proteção.

Considerações finais

Embora o município venha num movimento crescente e contínuo para o enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes, trabalhar em rede requer permanente responsabilização compartilhada: na atenção para os indicadores de violência; na educação constante sobre o tema; no monitoramento dos protocolos e fluxos de notificação e atendimento; no trabalho de prevenção; no acompanhamento longitudinal das crianças, adolescentes e familiares nos aspectos social, cultural, psíquico e na aprendizagem escolar.

A construção coletiva do fluxo de atendimento às crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência e a criação da Comissão de Monitoramento do fluxo foram movimentos que se deram a partir do reconhecimento de que nenhum órgão do sistema de garantia de direitos tem estrutura e conhecimentos suficientes para implementar ações resolutivas em seu próprio âmbito de atuação para garantir a proteção integral à infância e adolescência como preconiza o Estatuto da Criança e Adolescente⁹.

A experiência de Jacareí aponta que, para a compreensão do fenômeno da violência e seu enfrentamento, é imprescindível um trabalho em rede, no qual os papéis de cada segmento se somem, exigindo articulação e integração de ações como estudo de caso, mobilização de esforços e competências, prevenção, proteção e atendimento às crianças, adolescentes e suas famílias¹⁰. Afinal, como diz o provérbio africano: “É preciso uma aldeia inteira para cuidar de uma criança.”

Referências

1. Jacareí (São Paulo). Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do adolescente (CMDCA). Decreto nº 3.823 aprova a Resolução nº 2, de 3 de agosto de 2016. 7 out. 2016.

2. Brasil. Lei nº 13.431. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Diário Oficial da União. 4 abr 2017.
3. Guará IMFR. Rede de proteção e gestão em rede [internet]. Canal Youtube da Secretaria Municipal de Educação de Jacareí, SP, 2021. [acesso em 20 nov 2022]. Vídeo 3:52:39. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=D7KAAT2l818>
4. Secretaria de Estado da Educação de São Paulo. Resolução SEDUC nº 48. Institui o CONVIVA SP - Programa de Melhoria da Convivência e Proteção Escolar no âmbito da rede estadual de educação e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 1 out 2019. Disponível em: <http://www.educacao.sp.gov.br/lise/sislegis/detresol.asp?strato=201910010048>
5. Rosa AS, Fóz A, Marques A, Lopes E, Tanaka LH. Conversando sobre saúde mental e emocional na escola [internet]. 2021. [acesso em 20 out 2022]. Disponível em: <https://efape.educacao.sp.gov.br/convivasp/wp-content/uploads/2020/06/GUIA%20-%20Conversando%20com%20educadores%20sobre%20sau%CC%81de%20mental%20de%20crianc%CC%A7as%20e%20adolescentes%20-%20Formac%CC%A7a%CC%83o%20junho.2020.pdf>
6. Brasil. Resolução nº 109. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Diário Oficial da União. 11 nov 2009.
7. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Orientações técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Brasília (DF); 2011.
8. Jacareí (São Paulo). Lei nº 6.357. Institui a Comissão de Monitoramento da Rede de Proteção às crianças e adolescentes vítimas de violência do município de Jacareí. Jacareí, nov. 2020.
9. Brasil. Lei Federal nº 8.069. Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA. Diário Oficial da União. 13 jul 1990.
10. São Paulo (Estado). Guia operacional de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes. São Paulo; 2020.

Experiências de Cuidado em Rede por meio das Estratégias de Redução de Danos e do Consultório na Rua

Antonio Rinaldo Pagni¹

Resumo: Neste capítulo, relataremos a potência da produção do cuidado em rede, norteado pela Estratégia de Redução de Danos, utilizada pela unidade de Consultório na Rua da Cidade de Santo André.

Palavras-chave: População de rua; Saúde mental; Drogas; Redução de danos.

Introdução

Sabemos que a definição de “Redução de Danos” não possui um consenso, como relatado no excelente “Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde”¹, e apesar dos constantes ataques de descrédito, esta permanece como uma estratégia fundamental para efetuarmos as ações de saúde no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a própria redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde como preconizado pelo Ministério da Saúde para toda a Atenção Primária².

Muitas atitudes simples, que temos no cotidiano de cuidado das pessoas que frequentam nossas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), são e sempre foram ações de redução de danos e riscos à saúde. Mas seria injusto não mencionar que as primeiras ações de Redução de Danos que tiveram notoriedade, no nosso país, ocorreram na cidade de

¹ Antonio Rinaldo Pagni (arpagni@santoandre.sp.gov.br) é Psicólogo pela Universidade Bandeirante de São Paulo, Encarregado Técnico de Saúde da Prefeitura de Santo André-SP.

Santos, estado de São Paulo. Como nos conta Rodrigues, citando a fala de Fábio Mesquita, em “História da Redução de Danos na cidade de Santos”³:

“No Brasil, a cidade de Santos foi o berço da Redução de Danos. A cidade turística que abarca o maior porto da América Latina e faz parte da rota internacional de drogas (LACERDA *et al.*, 1996), fez a primeira tentativa de implantação da Redução de Danos em 1989. Porém, faltava legislação que apoiasse essa política pública no país.” (p. 30)

Ações com pessoas em situação de rua em Santo André

No ano de 1997, a Cidade de Santo André constatou que existiam em torno de 150 crianças e adolescentes vivendo nas ruas do município, fora das escolas e em risco social, sobrevivendo de pequenas vendas e serviços. Por isso, como resposta o município criou, em dezembro do mesmo ano, o “Projeto Andrezinho Cidadão”⁴, sob responsabilidade da Secretaria de Cidadania e Ação Social. Este projeto criou uma rede de cuidado, interligando e responsabilizando diversas áreas do Estado e do terceiro setor, incluindo parcerias com associações, sindicatos e empresas; sendo inclusive, no ano de 1999, premiado pela Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)⁵.

Já as ações de Redução de Danos nas ruas foram iniciadas há mais de 20 anos, segundo Silva⁶:

“A partir de junho de 2002, o município de Santo André organizou suas primeiras ações de redução de danos, tendo como público principal as crianças e adolescentes em situação de exploração sexual que, na sua grande maioria, o fazem em troca de facilidades para se conseguir cocaína e crack.” (p. 101)

E, há 10 anos (abril de 2013), a unidade de Redução de Danos se tornou a Unidade de Consultório na Rua. Nesse sentido, é um prazer compartilhar parte da experiência de mantermos a Redução de Danos

como política norteadora do cuidado dos munícipes em situação de rua em nossa cidade.

- Redução de danos com pessoas em situação de rua:

Baseamo-nos no conceito de redução de danos como: uma estratégia de Saúde Pública, pautada no princípio da ética do cuidado, que visa diminuir as vulnerabilidades de risco social, individual e comunitário, decorrentes de comportamentos nocivos, reconhecendo o usuário em suas singularidades e, mais do que isso, construindo com ele, estratégias focando na defesa de sua vida, efetivamente incorporada nas ações do cotidiano do cuidado². Assim, reconhece-se cada munícipe em sua singularidade, garantindo seus direitos de cidadão uma vez que se mantém o usuário como protagonista de sua saúde, com o serviço atuando como fortalecedor de novas atitudes de vida; no qual o vínculo é encarado como estratégia primando pela autonomia.

O serviço se apoia mantendo o cuidado em uma “via de mão dupla”; ou seja, o usuário procurando o serviço e/ou o serviço realizando a busca ativa deste usuário no território. Sempre preservando e fortalecendo os vínculos culturais e comunitários dos usuários, seguindo a lógica de território e rede do conceito de Clínica Ampliada².

Desde sua implantação, no Programa de Redução de Danos, o foco dos atendimentos, sempre foi pautado no cuidado em liberdade e no desejo dos atendidos, seguindo uma abordagem de baixa exigência, que aceita, reconhece e estimula o protagonismo e a emancipação dos usuários, buscando criar uma forte parceria com estes. Por exemplo, não se exige inicialmente o fornecimento dos dados pessoais, mas garantem-se os constantes encontros, até que a confiança se estabeleça e o/a munícipe aceite fornecer esses dados. Também em caso de cuidados difíceis, como realizar um pré-natal com mulheres em situação de rua, convidamos a gestante a participar como protagonista de todo esse processo; informando sempre de forma clara, objetiva e sem julgamentos sobre o contexto em que ela está naquele momento inserida, e os riscos de um pré-natal em tal condição.

- O projeto terapêutico singular (PTS):

No Consultório na Rua, o próprio processo de construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) é realizado seguindo a baixa exigência e com metas simples e de fácil realização. Muitas vezes este se inicia com o diálogo de questões básicas de saúde, como acesso à água potável – o que é feito enquanto oferecemos água para se beber.

O levantamento do histórico da pessoa, também não é obrigatório para o cuidado, sendo consequência de uma boa aliança. Por este motivo, muitas vezes, a Planilha de Cadastro Individual leva meses para ser plenamente preenchida.

As parcerias com outros serviços sempre foram e são fundamentais, ampliando assim as possibilidades de acesso a cuidados que vão além da Saúde, diminuindo a exclusão social e o encontro com outras formas de cuidados. Citamos, como notória, as nossas parcerias com o Centro Pop, com o Centro de Referência em Assistência Social (CREAS) – especializado no atendimento à população em situação de rua, ou com o Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD).

Resultados de nossas ações

Os resultados quantitativos, de uma experiência tão ampla, são difíceis de serem definidos, mas utilizando o portal de informações e-SUS⁷ para levantamentos das informações, podemos citar os seguintes dados (Tabela 1):

Tabela 1 – Atendimentos realizados no Consultório de Rua, por ano.

Descrição	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	total
cadastro individual	0	113	118	111	177	283	632	483	396	2313
atendimento individual	0	323	192	747	1297	1150	1024	1212	2610	8555
atividade coletiva	0	425	532	572	430	321	403	762	1330	4775
procedimentos individualizados	0	151	220	185	433	707	305	436	1112	3549
vacinação	0	0	0	0	0	364	315	322	14	1015

visita domiciliar e territorial	0	261	449	207	93	677	328	664	1045	3732
---------------------------------	---	-----	-----	-----	----	-----	-----	-----	------	------

É possível compreender que, apesar de não termos ao longo da história grandes oscilações de funcionários, a quantidade de atendimentos individuais e de atividades coletivas segue em crescimento. Isso ocorre não apenas pelo aumento do número de pacientes atendidos (como nos mostra o número de Cadastro Individual), mas também pelo vínculo de confiança e reconhecimento do direito ao acesso à saúde, estabelecido ao longo dos últimos 10 anos.

Apesar do início da pandemia de covid-19, em 2020, e das dificuldades que ela trouxe para o serviço, a equipe permaneceu diariamente nas ruas, garantindo a equidade nos atendimentos de saúde às pessoas que não possuem moradias e que não poderiam realizar o isolamento social indicado. Durante o período crítico da pandemia, inclusive, foram realizadas 1 campanha de vacinação contra a influenza na rua, nos serviços da Assistência Social e Saúde Mental e 1 campanha de vacinação contra a covid-19 nesses mesmos locais, além de 2 ações de prevenção e combate à escabiose/pediculose no CREAS, no Centro POP e nos albergues, em 2020 e 2021. Em 2022, optamos (Tabela 1) em apenas vacinar nas ruas os casos excepcionais, pois nossa população alvo já podia receber a vacina de covid nos postos de saúde, enquanto a logística para vacinação nas ruas é mais complexa e com maiores riscos.

Fizemos também, nesse mesmo período, a distribuição de máscaras cirúrgicas descartáveis, de álcool em gel, de kits de higiene (escova de dentes, pasta, lâmina de barbear, preservativo e gel lubrificante) e kits de Redução de danos (copo de água, água de coco, bolacha de maisena, bolacha de água e sal, bombom, e saches de mel), mantendo posteriormente a distribuição, por livre demanda, de gel lubrificante, preservativo feminino e preservativo masculino.

Essas ações culminaram, em 2022, com 4 premiações da nossa Equipe, sendo agraciada devido ao cuidado ofertado às gestantes em situação de rua e à garantia dada a essas mulheres e seus filhos de exercerem a maternidade de forma segura, realizando o pré-natal nas ruas e resga-

tando seus vínculos familiares para que pudessem ficar com seus filhos.

- 1º lugar de experiência exitosa no “Cuidando em Rede”, ofertado pela Secretaria de Saúde de Santo André;
- “Prêmio David Capistrano”, recebido no “35º Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo”;
- Vencedor da Região Sudeste do “1º Prêmio Ideia SUS – Fiocruz é SUS: direito universal saúde, equidade e democracia”, promovido pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (CONASEMS);
- 1º lugar do “3º Prêmio Atenção Primária Forte: Caminho para a Saúde Universal”, promovido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo CONASEMS.

Podemos perceber, também (Tabela 2), avaliando nossas ações, que a capacidade das condições de saúde de nossos usuários se aprimora a cada ano. Garante-se não só o diagnóstico dos problemas de saúde, mas também a oferta de informações simples, seguras e científicas a cada município, garantindo a saúde das coletividades.

Tabela 2 – Problemas e Condições de Saúde Avaliadas

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Problemas										
asma	0	0	0	1	0	2	5	5	15	28
desnutrição	0	0	0	0	0	2	0	34	236	272
diabetes	0	0	1	0	1	1	0	5	9	17
doença pulmonar crônica (DPOC)	0	0	0	1	0	7	0	3	19	30
hipertensão arterial	0	0	4	3	2	9	9	22	128	177
obesidade	0	0	0	1	0	2	0	3	10	16
saúde sexual e reprodutiva	0	66	21	163	196	452	230	194	505	1827
pré-natal	0	4	3	6	0	17	8	14	44	125

puerpério (até 42 dias)	0	1	0	4	2	1	4	4	13	29
puericultura	0	0	0	0	0	2	3	1	12	18
reabilitação	0	0	5	1	1	34	43	81	320	485
saúde mental	0	16	18	170	415	244	284	255	1781	3183
tabagismo	0	193	40	332	845	881	167	26	871	3589
usuário de álcool	0	252	71	504	1050	964	481	542	1224	5088
usuário de outras drogas	0	285	131	580	1152	886	741	646	1726	6147
Doenças Transmissíveis										
dengue	0	0	0	0	0	0	1	2	3	6
IST	0	52	3	8	0	2	1	23	142	231
hanseníase	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
tuberculose	0	16	16	15	3	0	6	58	106	220

A violência e as ruas

Em 10 anos, nunca um trabalhador da equipe sofreu qualquer violência física, pois o vínculo e a proximidade com os usuários do serviço sempre foram conquistados pelo respeito mútuo estabelecido nos atendimentos, inclusive dos desejos dos munícipes e atentando para o limite de atuação dos trabalhadores.

Sabemos que, quanto mais direitos sociais violados, maiores são os índices de violência a que as pessoas em situação de rua estão sujeitas, pois não são tratadas ou consideradas como iguais à população em geral⁸. Assim, como diz Butler⁹:

“...o tratamento igualitário só é possível em uma organização social de vida em que recursos materiais, distribuição de alimentos, moradia, trabalho e infraestrutura tenham alcançado condições iguais de manutenção da vida. A referência a essas condições iguais de manutenção da vida é, portanto, essencial para a definição de "igualdade" em qualquer sentido substantivo do termo.” (p.36)

Em 2002 o Relatório da OMS,

“acrescenta um novo tipo de violência denominado 'estrutural'. Essa categoria se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes. Difícil de ser quantificada, pois aparentemente ocorre sem a consciência explícita dos sujeitos, a violência estrutural se perpetua nos micro e macroprocessos sócio-históricos, se repete e se naturaliza na cultura e é responsável por privilégios e formas de dominação.” (p. 81)

Podemos refletir sobre a excelente definição que Minayo¹⁰ faz sobre a violência estrutural e como ela afeta o acesso à saúde das pessoas vulneráveis. Na prática, posso descrever muitos momentos em que presenciei isso, como por exemplo, a situação em que um técnico de enfermagem pediu para um munícipe em situação de rua aguardar o atendimento do lado de fora da unidade básica de saúde (UBS), pois o seu odor estava incomodando outros munícipes, que estavam reclamando.

Claro que sem acesso a um chuveiro, as condições de higiene deste usuário, bem como geralmente ocorre com toda a população em situação de rua, eram precárias. Mas o papel de um profissional de saúde é compreender os riscos dessa condição e mitigá-los, ofertando alternativas, como por exemplo que o munícipe lavasse ao menos as mãos no banheiro disponível, oferecendo um kit de higiene bucal para ele escovar os dentes e aproveitando para dialogar sobre o autocuidado e os locais de assistência social no território. Ações que foram feitas, neste caso, apenas pela equipe do Consultório na Rua; afinal, acolher é sempre trazer para perto, de forma concreta ou subjetiva, nunca afastar.

Evitando julgamentos morais e oferecendo uma variedade de políticas e de procedimentos que visam à redução das consequências prejudiciais dos comportamentos de risco, a unidade de Consultório na Rua, assim como o Programa de Redução de Danos, buscam garantir a reinserção dos usuários em seus núcleos sociais, melhorando a sua qualidade de vida e o acesso a direitos fundamentais¹⁰.

Isso pode ser realizado estabelecendo parcerias com os munícipes e com as demais redes de cuidado, mantendo o processo de construção

de estratégias mais seguras, adaptáveis e eficazes de autogestão e autocuidado e necessariamente com a inclusão e o protagonismo e a emancipação do usuário, que é conhecedor de si mesmo e de seu território. Assim, garantimos a equidade e expandimos o acesso ao Sistema Único de Saúde da população com a maior vulnerabilidade do município.

Crianças e adolescentes nas ruas

Como relatado, o cuidado nas ruas do município de Santo André se iniciou em 2002, para cuidar das crianças e adolescentes que, em sua maioria, faziam uso de substâncias psicoativas e estavam em situação de exploração sexual. Lembro-me, ainda, como psicólogo da unidade do Consultório de Rua, em 2013 e 2014, de atender a pequenos grupos de adolescentes que permaneciam por algumas semanas nas ruas.

Atualmente, não temos mais essa situação e raramente fazemos o cuidado de algum adolescente que dorme nas ruas, até ser identificado e acompanhado ao seu município de origem, para voltar a morar com a sua família. Também não temos, em nossa cidade, famílias morando nas ruas no presente momento, apesar dessa situação ser comumente relatada por outras unidades de Consultório na Rua na nossa vizinha cidade de São Paulo.

Suponho que essa mudança se deva a muitos fatores, como a efetivação do preconizado no Estatuto da Criança e do Adolescente¹²; da boa estrutura do Conselho Tutelar no município; dos projetos da Secretaria de Assistência Social (como o Andrezinho Cidadão mencionado), que são voltados à abordagem e ao atendimento de crianças e adolescentes em situação de rua; além da atuação eficiente e protetiva da Vara da Infância e Juventude de Santo André; e do empenho e vínculo estabelecido pelos profissionais de saúde e assistência municipais.

Na Saúde temos um efetivo suporte do CAPS-AD e CAPS infantojuvenil (IJ) e a possibilidade de utilizar a República Terapêutica infantojuvenil do município para a construção de um PTS bem estruturado. Além, claro, da busca ativa e estabelecimento de vínculo que o Consultório na Rua oferta, seguindo as já mencionadas estratégias de Redução de Danos.

Em 2012, por exemplo, existia um alto consumo de “loló” à base de

clorofórmio e éter (lança-perfume) e maconha no período noturno, em alguns parques de Santo André. Então, a equipe de Redução de Danos ia regularmente a esses espaços para conversar com estes adolescentes. Iniciavam-se os contatos e as conversas falando sobre coisas corriqueiras e apresentando o trabalho da equipe de saúde.

Naturalmente, a curiosidade sobre essa equipe, que trabalhava à noite em parques e nas ruas, permitia que dúvidas sobre a saúde, incluindo drogas e sexualidade fossem sanadas, às quais os profissionais, sem fazer julgamentos de qualquer pergunta ou comportamento, respondiam sempre de forma científica; o que em alguns momentos, exigia dizer: “Não sei essa resposta, mas vou pesquisar, nos vemos semana que vem e te respondo.”

Considerações finais

Muitos modelos de educação contínua em Saúde, apresentados aos jovens vulneráveis, incluindo informações sobre acesso a múltiplas substâncias e seus comportamentos de risco, puderam ser implantadas e podem ser utilizadas para o trabalho com este público. Devemos apenas nos adaptar à realidade atual de cada município, de forma a garantir a esses jovens o direito de acesso ao sistema de saúde e à prevenção de doenças ou agravos.

Ainda é possível evoluirmos muito, pois para garantir o acesso ao longo da vida e à abordagem das substâncias que podem gerar dependência são inevitáveis. Então, é muito importante que ações preventivas sejam adotadas, inclusive as mais eficientes e os diálogos irrestritos e isentos de julgamentos sobre essas substâncias.

Referências

1. Neil M, Silveira D. X. Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo: UNIFESP; 2008.
2. Rodrigues LOV. História da Redução de Danos na cidade de Santos. In: Lima LT, Surjus S, Silva PC, organizadores. Redução de danos: ampliação da vida e materialização de direitos. Santos: UNIFESP; 2019.
3. Surjus LTLS, Silva PC, organizadores. Redução de danos: ampliação da vida e materialização de direitos. Santos: UNIFESP; 2019.
4. Souza PL. Andrezinho cidadão. dicas: ideias para ação municipal. São Paulo: Pólis; 2000.
5. Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente. Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. Caderno prefeito criança. Políticas Públicas Municipais de Proteção Integral a Crianças e Adolescentes. São Paulo; 1999.
6. Silva SM. Redução de danos: estratégia de cuidado com populações vulneráveis na cidade de Santo André - SP. Saúde Soc. 2009; 18(s.2):100-103.
7. Ministério da Saúde (BR). Portal e-SUS [internet]. [acesso em 20 jan 2023]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>
8. Baquero O, Silva SCA, Faria JA. Ecologia de violências nas periferias urbanas em tempos de emergências sanitárias [internet]. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4219>
9. Butler J. A força da não violência: um vínculo ético-político. São Paulo: Boitempo; 2021.
10. Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. 20. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: guia AD. Brasília (DF); 2015.
12. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BR). Estatuto da criança e do adolescente - ECA. Brasília (DF); 2022.

A Política de Saúde para Jovens em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Privação de Liberdade: limites e possibilidades

Décio Perroni Ribeiro Filho^I, Natache Oliveira^{II}

Resumo: Este capítulo se propõe a apresentar a Política de Saúde adotada e as experiências de intervenção decorrentes construídas na Fundação CASA, instituição socioeducativa do Estado de São Paulo para adolescentes em conflito com a lei. São descritos os pontos de reorganização institucional, instalados a partir de junho 2005, em observação às normativas voltadas para a garantia de Direitos da adolescência em cumprimento de Medida Socioeducativa, na especificidade do acesso à saúde. De modo geral, observou-se o êxito na implantação e implementação da Política de Saúde, tendo em vista a melhoria na organização dos serviços, composição das equipes e qualificação do atendimento, ainda que não seja possível a apresentação de dados, tendo em vista seu grande volume e a necessidade de síntese. Se apresenta o modelo de saúde implantado, abordando a assistência à saúde física e a assistência à saúde mental, esta última composta por subdivisões que, no seu conjunto, foram constituindo o corpo geral da proposta aqui exposta nas ações e programas implantados.

Palavras-chave: Adolescentes; Medida socioeducativa; Saúde; Saúde mental.

I Décio Perroni Ribeiro Filho (decioperronifilho@gmail.com) é Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo (USP), Psicólogo/Psicanalista em Clínica Individual e Grupal, Supervisão Institucional e Colaborador no Programa Papo e no Departamento de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HC/FM/USP).

II Natache Oliveira (natachecris@gmail.com) é Psicóloga pela Universidade Braz Cubas, Especialista em Psicologia Jurídica pelo Instituto Sedes Sapientiae, Gerente Técnica da Gerência Psicossocial do Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescentes do Estado de São Paulo (Fundação CASA), Docente da Fundação Santo André (FSA).

Introdução

A construção e implantação da Política de Atendimento em Saúde na Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo aos Adolescentes de São Paulo (Fundação CASA) e as práticas desenvolvidas, desde 2005, enfatizam a atenção à saúde mental. Esta fundação é uma instituição pública, com a finalidade de fazer cumprir a determinação judicial privativa e restritiva de liberdade para adolescentes a quem se atribua autoria de ato infracional.

O desafio inicial, foi pensar a implantação da Atenção Básica em saúde no contexto cotidiano dos Centros de Atendimento Socioeducativo, quer de internação e internação provisória, considerando como fator principal a própria condição de privação de liberdade dos adolescentes e, ao mesmo tempo, promover a saúde mental nessas mesmas condições.

A nova proposta de saúde foi pensada e elaborada a partir de um projeto de reorganização institucional iniciado no ano de 2005, proposta formulada pela gestão que se iniciava e que se estendeu até 2017^{III}, o que permitiu sentido de continuidade na implantação das mudanças. Tal reorganização se iniciou com a proposta de realizar o redimensionamento geográfico dos Centros de Internação e Internação Provisória, visando a desconcentração dos grandes aglomerados e, principalmente, levar o adolescente para próximo à sua família e sua cidade de origem.

Até então, havia, na cidade de São Paulo, os chamados complexos, sendo o maior e mais conhecido o do bairro do Belém, que possuía superlotação de adolescentes institucionalizados, o Complexo Tatuapé. Também havia outros: Complexo Raposo Tavares, Complexo Imigrantes e Complexo Franco da Rocha.

A proposta de reorganização institucional foi baseada na legislação da época, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990¹, e nas resoluções do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente (CONANDA), assim como em orientações de base educativa e de direitos humanos.

No esteio legal, nos anos seguintes, a legislação sobre a institucionalização de adolescentes em conflito com a lei foi sendo aperfeiçoada e

acoplada, passando a igualmente embasar o projeto de reforma institucional no decorrer do tempo, conjunto composto pela:

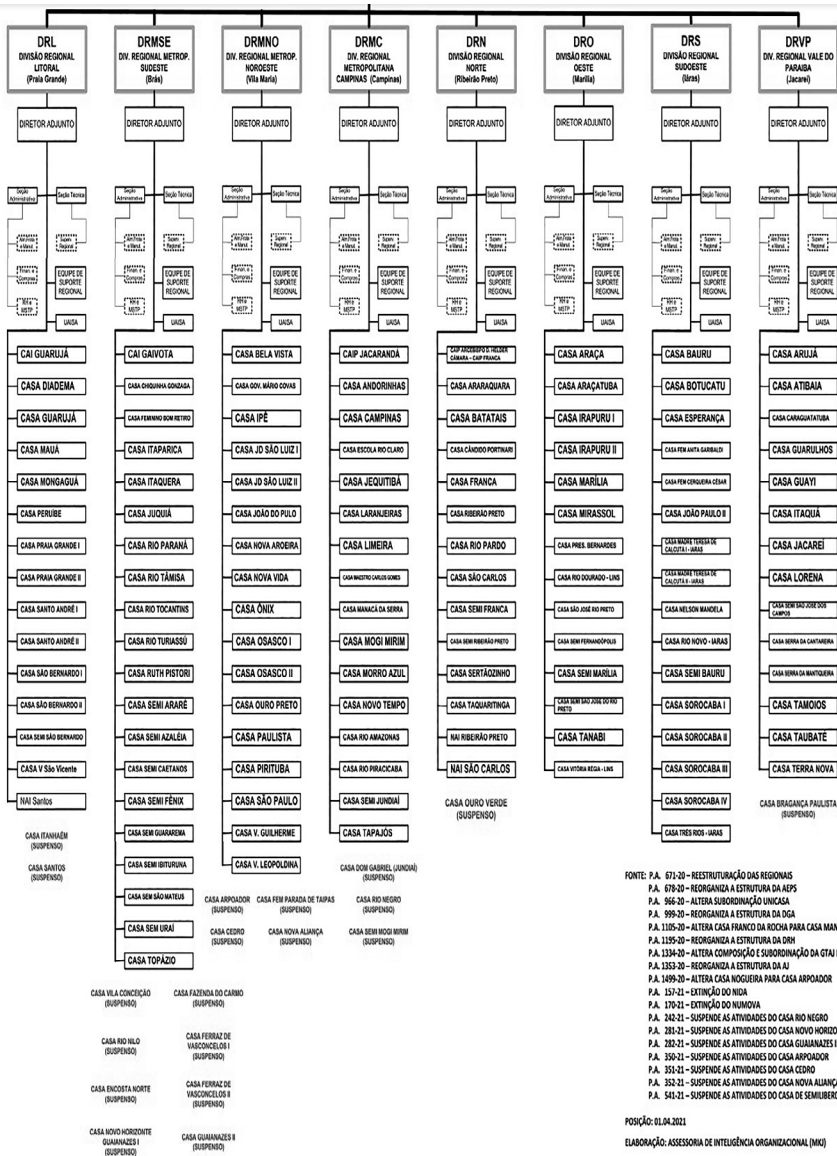
- Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990 - Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências¹;
- Portaria Interministerial nº 1426 - Diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória²;
- Lei nº 12.594 de 18 de janeiro de 2012 - Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE)³.

O planejamento de descentralização da instituição teve como desdobramentos o desenvolvimento de outros projetos de reorganização interna, como ocorreu com a Área da Saúde da Fundação CASA. Para essa área, a Portaria Interministerial citada foi inicialmente o principal orientador, pois inaugurou a política pública específica para a atenção à saúde do adolescente em situação de institucionalização.

Posteriormente, em 2012, o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) incluiu capítulos específicos para a sua regulamentação, além de outras normas regulamentadoras terem sido publicadas, como a Portaria SAS/MS nº 647⁴, de 11 de novembro de 2008, que instituiu as Normas para a Implantação e Implementação da “Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória”. Como aperfeiçoamento, em 2014, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.082 de 23 de maio de 2014⁵ - 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)⁶.

Contudo, no bojo da reforma organizacional, a descentralização e seguindo a orientação da Portaria nº 1426 citada, fez-se uma discussão com setores da instituição que resultou na elaboração do “Plano Operativo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Regime de Internação e Internação Provisória”⁷ da Fundação CASA.

Figura 2 - Divisões Regionais e Centros de Diretoria de Gestão e Articulações Regionais



Sobre a Área de Saúde na Instituição

A Organização da Assistência à Saúde, na Fundação CASA, foi instituída pela Portaria da Presidência desta instituição em 1986, ainda quando tinha a denominação FEBEM-SP. Nessa, foram criados: o Núcleo de Apoio à Saúde composto de 1 Centro Odontológico, 1 Farmácia Central, 1 Laboratório de Análises Clínicas e 1 Serviço de Medicina Preventiva (SEMEPRE).

Desde então, esse quadro sofreu várias alterações de subordinação e denominação até chegar à forma atual, com uma Superintendência de Saúde subordinada à Diretoria Técnica da instituição. Esta conta atualmente com 1 Gerência de Saúde, 1 Gerência Psicossocial, 1 Seção de Farmácia e 1 Seção de Nutrição.

À época da implantação inicial, foi seguido um modelo e orientação de “instituição total”¹², concebido para possuir todos os equipamentos necessários para a oferta de educação, saúde, além de um aparato de formação educativo para o trabalho. Por isso, incluía um laboratório de análises clínicas, de material protético e a previsão de instalação de um ambulatório de especialidades médicas. Nesse modelo, portanto, o adolescente institucionalizado teria sua vida integralmente plenamente vivida nos intramuros institucionais.

Nesse período de implantação, a área foi pautada por ações de assistência curativa e ações preventivas somente ligadas à imunização e à prevenção do câncer ginecológico na população de adolescentes femininas. Como política de atenção, havia a concentração de atendimento no interior dos equipamentos, sendo que somente as necessidades de intervenção hospitalar e recursos de alta complexidade eram realizadas nos equipamentos da rede pública de saúde.

O Pronto Socorro foi um recurso amplamente utilizado, apesar do número insignificante de casos de urgências e/ou emergências, com exceção de atenção a ferimentos causados por situações de conflitos ou rebeliões. A odontologia não dispunha de recursos para ação preventiva, preocupando-se em realizar ações curativas paliativas emergenciais, como a redução de dor.

A Saúde Mental era vista apenas como atenção médica e, geralmente medicamentosa, além de atender a grande demanda de laudos e pareceres enviados e/ou solicitados pelo Poder Judiciário. Assim, o corpo de assistentes sociais e psicólogos se limitava a ocupar a maior parte de seu tempo para a realização de atendimentos com vistas a subsidiar laudos, com raras atuações diferenciadas em casos mais complexos, geralmente ofertadas por esforço individual de profissionais inconformados com a situação de baixa atenção aos adolescentes.

Esse quadro, predominante em 2005, mostrou a urgência de reorganização da área e do modelo de assistência à saúde praticado, que foi totalmente revisado até chegar no modelo atual exposto no organograma.

O “Plano Operativo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Regime de Internação e Internação Provisória”

A legislação vigente, já nesta época, mais pautada nos direitos humanos e direitos sanitários, exigia uma adequação da estrutura e da política institucional; contudo, os dados de saúde disponíveis e verificados, ainda que incipientes, ressaltavam a prioridade para o reordenamento da Área da Saúde. Muitos adolescentes sequer tinham qualquer atendimento em saúde durante sua permanência na Medida Socioeducativa, enquanto inúmeras ocorrências relatadas e registradas indicavam a prioridade na atenção à Saúde Mental. Desta feita, coube estruturar a assistência à saúde no nível básico, incluindo ações específicas para a atenção em Saúde Mental; entre essas foi feito um convênio com o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (IPq/HC/FM/USP), que será descrito.

A privação de liberdade atinge justamente o período da adolescência, quando o indivíduo está em fase de construção de sua subjetividade, através do exercício das relações sociais, culturais, familiares, históricas e econômicas. Por este motivo, tal condição institucionalizada deve revestir-se do máximo cuidado; pois, ao invés de protegê-lo da vulnerabilidade pessoal e social às quais está exposto, pode gerar comprometimento

psíquico traumático. Portanto, o período de privação de liberdade, como espaço de vivência, deve propor as condições de preservação da integridade física e psíquica dos adolescentes.

A partir desta ótica, foi desenvolvido e implementado um Programa de Saúde Mental nas unidades de internação e internação provisória, procurando dar sequência a implementações sucessivas, conforme a realidade institucional observada e a adequação às necessidades.

A complexidade da constituição institucional exige uma constante investigação de seu funcionamento, de suas tramas e sistemas conscientes e inconscientes, que vão se revelando conforme há o aprofundamento de sua compreensão. Segundo Kaes¹³, as instituições se constituem como “uma série de superposições complexas de níveis de organização (social, política, econômica, psíquica etc.), as relações interpessoais e alianças infiltram-se no emaranhado desses níveis” (p. 173).

Pensando nestes aspectos, a concepção do projeto de modernização da Área de Saúde atentou para o fato de que o adolescente não está em nossa instituição como indivíduo isolado, mas em constante e permanente relação com os outros, enquanto sujeitos, fazendo parte do complexo conjunto de relações institucionais. E esse conjunto de relações é o próprio campo onde pode ser possível construir meios de vivência e preservação da sua saúde mental.

Na sequência temporal de formulação e implementação do novo modelo de saúde, foram, posteriormente, implementadas cada uma das ações, todas passando a ocorrer simultaneamente.

Foram desenvolvidas ações visando a estrutura dos valores institucionais, procurando promover a proposta de mudança. Segundo Rouchy e Desroche¹⁴, nas instituições “mais do que adaptações ou ajustes, a mudança requer a demolição do sistema instituído para que se reorganize o quadro institucional em função dos valores instituintes correspondentes a novas missões. Sem isso, a evolução será localizada no plano da organização sem promover a mudança institucional” (p. 58).

No caso da proposta de Saúde Mental, destacam-se pela especificidade os itens a, b, c, d, e (apresentados a seguir), relativos aos passos adotados na iniciativa, que devem ser entendidos como interligados e formando um conjunto de ações de interferência institucional que têm

objetivos comuns. Nesse sentido, as ações empregadas foram:

- a) organização da assistência à saúde com estruturação de corpo de profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas;
- b) organização da assistência médica em Saúde Mental, através de convênio/parceria com o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HC/FM/USP);
- c) implantação de assistência psicológica com a criação de um grupo de psicólogos para atendimento em psicoterapia breve;
- d) criação do Comitê Institucional Quesito Cor¹⁵;
- e) desenvolvimento de programa de enfrentamento à violência nas relações institucionais.

A área da saúde foi protagonista das mudanças institucionais e acabou por influenciar na reformulação, tanto da área pedagógica, quanto da de segurança, complementando a mudança organizacional como um todo. A seguir detalha-se o Programa de Saúde, incluindo Saúde Mental implantado.

- Organização da assistência à Saúde Mental na Fundação CASA, com estruturação do corpo multiprofissional profissionais médicos, enfermeiros, dentistas:

A organização da assistência à saúde foi dividida em 3 níveis:

- Avaliação inicial;
- Ações de promoção de saúde;
- Ações de práticas educativas.

a) Avaliação inicial:

O modelo implantado foi baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). As necessidades de atenção média e de alta complexidade passaram a ser supridas pela Rede Socioassistencial dos municípios paulista onde estão localizados os Centros de Internação, considerando o adolescente como munícipe e, portanto, com direito aos serviços públicos municipais.

Numa primeira etapa, todo adolescente, ao ingressar na instituição, quer na Internação Provisória, quer na Medida de Internação, deve passar inicialmente pelo setor de saúde. Desta forma, imediatamente é verificado pelo profissional auxiliar de Enfermagem, sinais e sintomas que possui, se está fazendo algum tratamento de saúde, se há medicamentos em uso e necessidade de prescrição e de providências imediatas.

A critério da equipe multiprofissional, o adolescente pode ser avaliado pelo profissional de Saúde Mental, um psiquiatra. Este é um momento bastante importante, pois não somente este médico, mas toda a equipe de saúde, pode identificar adolescentes com agravos em Saúde Mental e gerar um relatório para ser utilizado na audiência com o juiz, fornecendo argumentos de defesa fundamentada e que permite a busca de alternativas à medida de internação, como, por exemplo, o atendimento em saúde em regime ambulatorial ou mesmo hospitalar, conforme o caso e a sua necessidade.

Uma segunda etapa é a realização de uma entrevista com um/uma enfermeiro/a, quando é realizada a consulta de enfermagem, Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE). É uma consulta em profundidade, quando se verificam suas condições específicas de saúde, providências e encaminhamentos.

A terceira etapa é a consulta com médico clínico, que busca avaliar as condições gerais de saúde do adolescente, solicitando atendimento de especialidades ou qualquer outro procedimento quando verificar ser pertinente. A partir desse momento, todo atendimento é realizado na Rede Socioassistencial, incluindo a possibilidade de agendamento no sistema da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, ao qual a Fundação possui acesso, marcando, diretamente uma data e o local apropriado para a consulta.

b) Ações de promoção de saúde:

As ações de Promoção de Saúde são realizadas para garantir a implantação de medidas que venham a promover, prevenir ou melhorar as condições de saúde do adolescente internado em unidades de internação e unidades de internação provisória da Fundação CASA, que incluem:

- *alimentação* adequada e suficiente para as necessidades nutricionais do adolescente conforme a faixa etária, de acordo com os padrões internacionais;
- *condições de habitabilidade* dos centros de internação e internação provisória para promover a adequação dos espaços físicos destinados aos adolescentes, como dormitórios, refeitórios, oficinas, salas de aula etc., atendendo às exigências da Vigilância Sanitária Municipal onde está localizado cada Centro;
- *revisão do processo de lavagem de roupa dos internos*, realizado em conjunto com as Vigilâncias Municipais, que verifica se as condições das lavanderias instaladas em cada Centro seguem as normas e processos estabelecidos;
- *acompanhamento do processo de destinação do lixo das unidades e do lixo hospitalar*, ação desencadeada junto às Divisões Regionais de Saúde, através da elaboração de Plano de Gerenciamento de Serviços de Saúde (PGRSS);
- *controle de doenças transmitidas por vetores e animais sinantrópicos*, como medidas de proteção à entrada de insetos, roedores, mosquitos e outros animais nos Centros, através da instalação de redes ou outros procedimentos, como o controle de possíveis focos de criadores;
- *levantamento da rede social de apoio aos adolescentes e famílias* no município de origem dos adolescentes, para garantir a continui-

dade do processo de inclusão social, com apoio às suas necessidades básicas e de seus familiares;

- *integração das equipes de saúde, psicossocial e pedagógica das unidades*, através da implantação de uma gerência unificada e do planejamento de ações integradas.

c) Ações de práticas educativas:

Em 2006, foi elaborado o Programa de Educação em Saúde, voltado aos Centros de Internação, conjuntamente com a área Pedagógica da Fundação CASA, outra grande área reestruturada internamente. Esse programa incluiu temas como: gravidez precoce, educação sexual, uso de drogas, prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo o HIV/aids; higiene bucal, tuberculose, câncer ginecológico, automedicação. Toda essa ação torna-se especialmente importante, considerando se tratar de uma população saudável, porém de risco para várias questões de saúde.

d) Pandemia e socioeducação:

O período pandêmico de covid-19/SARS-CoV-2 imprimiu desconhecidos desafios ao contexto da privação de liberdade.

A partir de informações que reverberaram, de ações com acertos e dos erros no que diz respeito à prevenção da disseminação do vírus e do risco de morte, os protocolos institucionais da Fundação CASA foram sendo construídos. Conforme as orientações cientificamente válidas foram implantados: o uso de máscaras faciais protetoras, a delimitação de uma quarentena frente ao ingresso dos adolescentes, a diminuição da circulação de pessoas nos espaços institucionais e, posteriormente, a testagem massiva do vírus da covid, sobretudo nas unidades de entrada de ingressos do sistema, como os Centros de Internação Provisória.

Com a chegada das vacinas contra covid-19/SARS-CoV-2, as ações de imunização foram feitas nos vários municípios onde os Centros se localizavam, em parceria com equipes das unidades de saúde e de equipes

próprias de saúde da Fundação CASA; ações que se intensificaram e seguem até hoje como um protocolo dentro do calendário estipulado pelo Governo estadual. As ações de educação em saúde também se consolidaram e contribuíram para a redução dos danos causados pela pandemia, tendo com alcance, inclusive, entre os familiares dos adolescentes, que muitas vezes serviram como multiplicadores de informações preventivas às suas famílias.

A Fundação CASA pôde atravessar o cenário mais agudo de pandemia e, até o momento, sem ocorrência de nenhum óbito de adolescente devido à covid em todo o estado, provavelmente devido às medidas de segurança e prevenção implantadas.

Saúde Mental

- Organização da assistência em Saúde Mental através de convênio/parceria com o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo:

A atenção à Saúde Mental do adolescente assumiu importância nos debates da Instituição, pois implica em considerar a vida psíquica do deste a partir do momento em que se vê frustrado, visto que a ação que havia programado não teve sucesso por ser pego pela autoridade policial. Neste momento, começam a operar nele representações psíquicas que irão acompanhá-lo em todos os momentos de seu percurso no sistema de Justiça: desde o primeiro momento, na relação com o policial que realiza a apreensão; passando pelo delegado, no Distrito Policial; depois o Promotor, no Ministério Público; e, por fim, o Juiz, no Poder Judiciário. Além disso, caso venha a receber medida socioeducativa privativa de liberdade, sua situação de perda de liberdade chegará à condição culminante deste processo de tensão interna, muitas vezes traumático e que só diminui ou cessa quando ocorre o seu desligamento da medida socioeducativa.

Por isso, a privação de liberdade não pode ser vista somente como um ato jurídico, mas sim como um fator psíquico, pois além do circuito descrito fará que o adolescente vivencie uma ruptura em sua vida quando

passa a viver em um lugar onde não pode se agrupar com outros de sua livre escolha, tenha restrita sua condição de circulação nos espaços, seja obrigado a se alimentar de um alimento que pode não ser o de sua preferência, seja obrigado a dividir o dormitório com mais outros, a frequentar atividades diárias de caráter educacional, a frequentar a escola formal, portanto, a vivenciar a tensão inerente ao cotidiano da condição de privado de liberdade. Esta ruptura pode trazer agravos à sua saúde mental, inclusive criando traumas.

Algumas somatizações são percebidas empiricamente pelas equipes multiprofissionais que os atendem. Para alguns, nos primeiros dias de vida institucional a insônia e episódios de depressão são sintomas possíveis. Torna-se, portanto, um enorme desafio conciliar as condições adversas intrínsecas ao confinamento de adolescentes à atenção à saúde mental.

A assistência médica em Saúde Mental, na Fundação CASA, foi formulada como atendimento ambulatorial, que teve a atuação profissional de médicos psiquiatras. Para a execução desta atenção foi celebrado um convênio/parceria, em 2006, com o IPq/HC/FM/USP, através de seu Núcleo de Estudos em Psiquiatria e Psicologia Forense (NUFOR). Assim, foram designados 18 profissionais para atuarem nas instalações de saúde da Fundação CASA, o que facilitou o deslocamento para o atendimento, que ocorria internamente no Centro onde o adolescente se encontrava.

Os adolescentes consultados pelos profissionais psiquiatras, são encaminhados pelas equipes multiprofissionais ou pelo Poder Judiciário; este último determina uma avaliação médica desse profissional para subsidiar as decisões judiciais. É importante ressaltar que, nestes casos, o encaminhamento para o atendimento psiquiátrico é uma decisão de avaliação feita pela equipe multiprofissional com base em critérios clínicos e comportamentais do adolescente. Especialmente identifica-se se foram observadas ansiedade, insônia, ou hipótese de depressão no cotidiano do adolescente.

A orientação conceitual adotada se referia à visão clínica e buscou-se evitar qualquer associação entre delito e loucura ou entre delito e saúde mental. Muito embora seja possível ocorrer a prática de um delito grave motivado por fatores ligados a síndromes psicóticas, como alucina-

ções, por exemplo, não era diretriz da gestão da saúde da Fundação CASA procurar estabelecer umnexo causal entre esses fatores.

Os atendimentos ambulatoriais internos, realizados pelos profissionais da Psiquiatria, eram registrados e arquivados, permitindo a leitura e o acompanhamento da incidência dos agravos em saúde mental na condição de privação de liberdade.

- Implantação de assistência psicológica com a criação de um grupo de psicólogos para atendimento em psicoterapia breve:

A partir de dezembro 2006 foi implantada a assistência psicológica com a criação de um grupo de psicólogos(as) que atuam com os adolescentes que cumprem medida socioeducativa de internação nas unidades da capital São Paulo. Este grupo, composto por 24 psicólogos(as) foi preparado para atuar no desenvolvimento da assistência psicológica na modalidade de psicoterapia. É adotada a psicoterapia breve e as seções são realizadas ou em locais apropriados nas próprias unidades ou em espaços descentralizados. Esse grupo dedica-se em período integral à essa ação, distanciando-se do atendimento realizado dentro do Centro, fazendo o acompanhamento da execução da medida socioeducativa e recebendo supervisão semanalmente.

Tal atendimento pode ser realizado em conjunto com o tratamento ambulatorial acompanhado pelo médico psiquiatra ou por solicitação da equipe multiprofissional que, em entendimento com o adolescente, orienta ser essa uma indicação necessária. O Poder Judiciário, através de sua equipe técnica, pode também determinar que o jovem seja inserido neste programa.

Uma síntese desse atendimento mostra o seguinte quadro, no período que compreende o início do programa, em 2005, até dezembro de 2010, registra um total de 2.148 indicações no estado de São Paulo, quer da equipe multiprofissional, quer do Poder Judiciário. Desse total, 1.864 (86,8%) foram inseridos no processo terapêutico e 284 (13,2%) não foram. A não inclusão se deve ao fato de a equipe não constatar, em entrevista inicial, a necessidade de inserção em processo psicoterapêutico do grupo.

Entre os adolescentes inseridos no grupo terapêutico, 858 (46,0%) chegaram ao fim do processo; 930 (49,9%) tiveram interrupção e 76 (4,1%) continuavam em atendimento até o período de dezembro de 2010.

O motivo principal da interrupção se deve ao fato de uma parte dos adolescentes receberem a indicação já no período final do cumprimento da medida de internação, recebendo em seguida outra medida em meio aberto, a Liberdade Assistida. Nesses casos, a indicação era que fosse feita a continuidade do atendimento na rede pública de saúde, uma vez que após a desinternação não é possível o seu retorno ao espaço institucional para atendimento, o que não é previsto em qualquer base legal.

O segundo motivo da interrupção do processo terapêutico deve-se à desistência do próprio adolescente; o terceiro motivo refere-se à necessidade de transferência do adolescente para outra região (geralmente de origem). Nesses casos, a articulação com o atendimento local pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), à qual o município pertence, tem possibilidade de permitir a continuidade do atendimento psicológico.

Atualmente, o atendimento psicológico se consolidou como um Programa da Instituição, ampliando o raio de alcance da atenção para outras regiões do Grande ABC, Grande São Paulo, Litoral e Vale do Paraíba.

- Criação do Comitê Institucional Quesito Cor:

A Fundação CASA, organizada como instituição para cumprimento de medida socioeducativa, reúne em seu âmbito os reflexos do desrespeito à diversidade, à pluralidade, ao acesso a serviços e oportunidades, que uma grande parcela de adolescentes em conflito com a lei vivencia no contexto social. É sabido e repetidamente constatado que, quando um jovem recebe a medida socioeducativa é porque todas as políticas públicas que permearam a sua trajetória de vida falharam. Vale lembrar que a permanência deste jovem na Instituição pode e deve trazer instrumentos para a reorientação de sua trajetória de vida na perspectiva dos Direitos Humanos, da conquista e exercício da cidadania e da garantia de sua saúde, inclusive mental, na instituição.

A população afrodescendente no Brasil vivencia, há mais de 400 anos, as consequências da relação de opressão estruturada nas relações

escravocratas dos senhores que dominavam o poder econômico durante até antes de Proclamação da República. Para Damasceno e Zanello¹⁶, a opressão, agressão e violência são práticas que afetam a saúde mental da pessoa-alvo. O racismo, como crença na superioridade de algumas raças sobre outras e que justifica a desigualdade entre os grupos é uma forma de opressão, de agressão e de violência. Esses autores mostram que ainda atualmente há uma relação de racismo e Saúde Mental, visível entre os adolescentes privados de liberdade:

“O racismo no Brasil é um fenômeno ao mesmo tempo presente e negado (Zamora, 2012). Os profissionais da saúde mental são incapazes de reconhecer a linguagem, o comportamento e as atitudes racistas internalizadas de seu próprio racismo encoberto. Para o usuário afrodescendente, tal experiência estressante e traumática tem efeito cumulativo ao longo da vida e impactará a saúde mental da pessoa. O profissional que, teoricamente, contribuiria para o alívio da pessoa, ao contrário, lhe inflige mais dor. Essa invisibilidade do racismo no campo dos dispositivos da saúde mental é aparentemente ainda muito pouco problematizada. Assim, a inserção da temática do racismo como estressor responsável por dor, sofrimento e até morte, na agenda da Psicologia deve ser feita não apenas de forma transversal no currículo, mas também como disciplina específica; é necessária no ensino/treinamento, na prática clínica, e na pesquisa psicológica.”¹⁶ (p. 12)

A parcela da população de adolescentes que cumpre medida socioeducativa de internação provisória e internação, segundo pesquisa amostral realizada em 2006, mostrou representantes de todas as cores em sua composição, sendo que os afrodescendentes representam em torno de 67%, sendo 46% deles pardos e 21% pretos.

O racismo na sociedade brasileira vem emergindo, tanto na direção de sua reafirmação, numa espécie de aperfeiçoamento do racismo estrutural impulsionado pelas forças conservadoras do país, quanto na direção oposta para a sua erradicação. O racismo vivenciado por adolescentes negros desde a infância pode trazer dificuldades emocionais, psicológicas e sociais, com possibilidade de reflexos em sua saúde mental.

Dessa forma, introduzir o quesito “cor”, com base nos Direitos Humanos, como trabalho transversal nas práticas da Fundação CASA, embora tenha sido incluído na elaboração do “Plano Operativo de Atenção Integral à saúde do Adolescente em Conflito com a Lei”⁷, se desdobrou por todas as áreas de atendimento do jovem: saúde, educação, psicossocial, segurança e na relação entre profissionais e adolescentes, de forma a incentivar que o adolescente possa superar a invisibilidade, permitindo que se veja, reciprocamente à experiência do ser visto pelo “outro”.

Considerando a Teoria do Desenvolvimento de Winnicott¹⁷, a trajetória ao amadurecimento é inerente ao ser humano, sendo o ambiente tão somente o responsável em garantir, ou não, o desenvolvimento dessa trajetória. Ou seja, o ambiente não é o responsável pelo desenvolvimento emocional saudável de uma pessoa, apenas será o facilitador neste processo. Ambiente aqui quer dizer tudo o que possa permitir ao ser humano exercitar a experiência da própria existência, considerando as relações, sentimentos agradáveis ou desagradáveis, liberdade e limite, responsabilidades, produções e conquistas, perdas, enfim, todas as variáveis, porém com o senso de continuidade do ser.

Esse processo simples e profundamente complexo depende da relação estabelecida entre a criança e o mundo. Em princípio, ela se concentra exclusivamente na figura da mãe, a qual é a responsável por apresentar o mundo à criança ou trazer a criança ao mundo, no sentido mais amplo e simbólico ao qual podemos nos remeter. Essa experiência capacita a criança a reconhecer a si e as suas relações.

Assim, trazer a questão da cor da pele como característica humana é trazer para o ambiente e relações institucionais a possibilidade de o adolescente encontrar condições psíquicas para se reconhecer e reconhecer o outro nas suas condições étnico raciais e sociais. Conferindo importância a esta realidade foi criado, pela Portaria Administrativa nº 1075¹⁸, o Comitê Institucional Quesito Cor.

O Comitê tem como objetivo introduzir a discussão étnico-racial em todas as vertentes que impliquem na sensibilização dos servidores e, conseqüentemente, no atendimento ao adolescente. Aplicar estratégias para reflexão e fortalecimento nas discussões acerca da Diversidade Étnico-racial na Instituição, como tema transversal a ser tratado junto aos

adolescentes, configura-se como ferramenta fundamental, necessária e orientadora para o desenvolvimento das políticas de saúde mental implantadas na Fundação CASA. As ações desenvolvidas pelo Comitê Quesito Cor são:

- introdução do quesito “cor” nos instrumentos de coleta de dados do Sistema de Informação (portal eletrônico *online*);
- desenvolvimento e implementação do projeto de capacitação em Saúde Mental sob a ótica do quesito “cor”, enquanto variável epidemiológica;
- desenvolvimento do “Projeto Monitoramento do Óbito Institucional (Internação Provisória/Internação/Semi Liberdade/Liberdade Assistida)” sob a ótica do quesito “cor”, enquanto variável epidemiológica e produtora do “efeito sentinela” em relação à integração de medidas;
- desenvolvimento do “Projeto Monitoramento do Crescimento/Desenvolvimento dos Adolescentes, através da curvapôndero-estatural”, objetivando a identificação de sobrepeso e utilizando o princípio de equidade, com início pela parcela feminina de adolescentes internados/as. A hipótese é: as adolescentes negras desenvolvem sobrepeso mais frequentemente do que as de outras etnias/raças.

- Programa de Enfrentamento à Violência nas Relações Institucionais:

Um fator muito importante no nível das relações internas é a abordagem dos conflitos e situações de manifestações de violência. A intervenção nas relações geradoras de violência foi pensada, não somente como questão de Direitos Humanos, mas como ambiente favorável à saúde mental no âmbito da institucionalização. Dessa forma, criar estratégias

para transformar valores institucionais^{IV} histórica e socialmente marcados como meramente sancionatórios, em espaço educativo e de promoção da saúde mental, envolve a possibilidade de se voltar sobre as práticas cotidianas, sua organização e as relações que se estabelecem entre todos os seus membros, funcionários e adolescentes, as quais são atravessadas por situações de conflito e violência.

É importante considerar, preliminarmente, que a violência é um fenômeno social e se constitui por diversos fatores de naturezas distintas. Para alguns teóricos¹⁹, ela pode ser dividida em três tipos: direta (aquela que se vê), cultural (normas, atitudes e valores) e estrutural (relacionada com a forma como a sociedade está organizada), os quais estão diretamente relacionados e se retroalimentam. Portanto, a violência se manifesta de múltiplas formas e produz efeitos danosos para as partes, o grupo social a que pertencem e a sociedade.

A manifestação da violência como resolução de conflitos pode estar presente e se reproduzir nas relações interpessoais, grupais e sociais, por vezes naturalizada, valorizada e justificada pela sociedade através de crenças, valores e atitudes. Revela o estabelecimento de contextos pouco ou nada favoráveis à utilização de recursos para extrair, por meios “civilizados”, um modo de atendimento de necessidades, legitimando, assim, uma cultura da violência.

A violência e os conflitos presentes nas relações sociais se reproduzem nas relações internas, em uma instituição social. Assim, os conflitos manifestos na instituição vêm na sua forma e concepção da própria sociedade e não são desconhecidos dos seus membros. Quer dizer, a reprodução da violência vivida na sociedade é a mesma no contexto institucional.

Dessa forma foi elaborado na Fundação CASA o “Programa Ação Formativa: Cultura da não Violência e Práticas com bases Restaurativas”. Este programa visava criar espaços para refletir sobre a violência em suas múltiplas dimensões e formas de manifestação, associando-as às relações do cotidiano do trabalho. Ou seja, ampliar a discussão e o debate no enfrentamento da violência, contribuindo para a sua prevenção, visando

IV Caracteriza-se pelo modo de agir e pensar da instituição, suas regras, normas de conduta e de comportamento, valores presentes nas relações que se estabelecem no interior de uma determinada instituição social.

à transformação das práticas e das relações que se estabelecem no cotidiano do trabalho, na perspectiva de uma cultura da não violência e de práticas restaurativas no âmbito das relações institucionais

Esse programa implicou na participação de todos os níveis hierárquicos, iniciando-se pela Direção de primeira hierarquia até os responsáveis pela gestão do cotidiano nos Centros de Internação e Internação Provisória com abrangência inicial de aproximadamente 1.000 gestores. A metodologia utilizada foi baseada no dispositivo grupal, propiciando a troca de experiências e saberes entre os participantes, a partir de suas trajetórias pessoais e profissionais e o vínculo entre o tema abordado e sua implementação no cotidiano, de modo a favorecer a reflexão crítica sobre a realidade vivida. Dentre as estratégias, estão: vivências, exposições dialogadas, leitura e interpretação de textos, debates, dinâmicas e trabalhos em grupo, utilização de recursos audiovisuais, jogos e material impresso. Em todas as atividades, violência e saúde mental de todos era tema central e constante.

Após a intervenção com o grupo gestor, a estratégia de continuidade, considerando a estrutura regionalizada no Estado, foi a elaboração de um projeto em cada Centro de Internação e Internação Provisória, tendo a violência como questão transversal e inclusa no planejamento anual de cada Regional.

Contexto atual

Atualmente, as Portarias Ministeriais que ofereceram alicerce à implantação de ações que garantiram o acesso à saúde aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa foram sendo refinadas às demandas e discussões afins. A revogação da Portaria SAS/MS nº 647, de 2008, se deu por meio da Portaria nº 36 de 2 de junho de 2021¹⁸ da Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

O processo sócio-histórico que buscou atenuar as diversas vulnerabilidades da população adolescente privada de liberdade, sendo o direito de acesso à saúde um deles, envolveu movimentos cíclicos de avanços, dificuldades e mudanças que o foram delineando.

Neste contexto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde

do Adolescente em Conflito com a Lei (PNAISARI) – que foi incorporada pela já mencionada Portaria de Consolidação nº 2 de 3 de outubro de 2017⁶, no anexo XVII, reverberou em importantes princípios balizadores desta atenção. Dentre esses princípios, encontra-se importante reforço ao da incompletude institucional, previsto pelo Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) e que, no que tange à atenção em saúde, prioriza o cuidado desses adolescentes no âmbito da rede de atenção à saúde do SUS, ampliados pelos territórios. O princípio implementa a ação socioeducativa que há no reconhecimento dos equipamentos, de sua dinâmica e direito, assim como estabelece a condição de identificação de demandas e do fortalecimento e refinamento das políticas públicas.

A atenção em saúde mental está balizada pelos mesmos princípios, como não deveria deixar de ser. Assim, a prioridade está no campo da prevenção e do acompanhamento ambulatorial, quando se lhe apresenta demanda. Ao final de 2022, o Ministério da Saúde, enquanto iniciativa da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, por meio do Departamento de Saúde da Família, publicou o importante material “Orientações Básicas para a Atenção Integral em Saúde Mental de Adolescentes em Conflito com a Lei”¹⁸, que discute os aspectos da relação entre a privação de liberdade e os possíveis agravos em Saúde Mental. As orientações mostram, ainda, a importância da avaliação em saúde mental, para o diagnóstico situacional, determinantes sociais e outros fatores que serão essenciais para a construção articulada do Plano Terapêutico Singular (PTS), de atendimento na saúde e Plano Individual de Atendimento de Crianças e Adolescentes (PIA), na atenção em socioeducação.

Com o intuito de facilitar o acesso e incentivar a apropriação das discussões postas nos documentos, a Fundação CASA disponibilizou o material em sítio eletrônico de acesso amplo.

Considerações finais

O objetivo foi apresentar as bases e a construção da Política de Saúde implementada na Fundação Casa no período que decorreu entre o ano de 2005 e 2017, complementando com atualizações da atenção em saúde. Não foi intenção descrever os resultados quer quantitativos, quer quali-

tativos, pois exigiria uma dimensão muito maior de texto. Contudo, nos 12 anos de gestão da saúde, a vivência mostrou que há possibilidade de se transformar práticas arcaicas em práticas que atendam aquilo que vai chegar no cotidiano de um Centro de Internação e, de alguma maneira, fazer diferença na vida do adolescente.

A privação de liberdade para adolescentes em conflito com a lei é uma imposição social. Certamente as questões estruturais das instituições precisam de abordagem de longo prazo e com escutas constantes dos trabalhadores e adolescentes para uma longa jornada que ressignifique valores de modelos repressores originais persistentes no cotidiano, em valores calcados nos Direitos Humanos e na educação conscientizadora.

O relato exposto foi um processo de intervenção inicial muito importante que criou raízes e certamente deverá frutificar no tempo em direção a uma institucionalização que possa preparar o adolescente como participante das inevitáveis mudanças sociais rumo à construção de uma sociedade baseada na justiça e nos Direitos Humanos.

Referências

1. Brasil. Lei federal nº 8.069. Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Ela regulamenta os direitos das crianças e dos adolescentes. Diário Oficial da União. 13 jul 1990.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Especial dos Direitos Humanos e Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Portaria Interministerial nº 1426. Diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória. Diário Oficial da União. 14 jul 2004.
3. Brasil. Lei nº 12.594. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). Diário Oficial da União. 18 jan 2012.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Portaria SAS/MS nº 647. Instituiu as normas para a Implantação e Implementação da Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória. Brasília; 11 novembro 2008.

5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.082. -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). Diário Oficial da União. 23 maio 2014.
6. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei (PNAISARI). Brasília, 3 outubro 2017.
7. Ministério da Saúde (BR). Orientações Básicas para a Atenção Integral em Saúde Mental de Adolescentes em Conflito com a Lei. 2022 [acesso em 10 jan 2023]. Disponível em: https://fundacaocasa.sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/atencao_integral_sau-de_mental-_adolescentes-1.pdf
8. São Paulo (Estado). Lei Estadual nº 185. Autoriza o Poder Executivo a instituir a Fundação Paulista de Promoção Social ao Menor - PRO-MENOR. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 12 dez 1973.
9. São Paulo (Estado). Lei nº 985. Altera a denominação da Fundação Paulista de Promoção Social do Menor - PRÓ-MENOR e dispositivos da Lei n. 185, de 12 de dezembro de 1973, que autorizou a sua instituição e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 26 abr 1976.
10. Brasil. Lei nº 4.513. Autoriza o poder executivo a criar a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, a ela incorporando o patrimônio e as atribuições do serviço de assistência a menores, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1 dez 1964.
11. São Paulo (Estado). Lei nº 12.469. Altera a denominação da Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor, e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 22 dez 2006.
12. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 2 ed. São Paulo: Perspectiva; 1987.
13. Kaës R. As alianças inconscientes. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2014.
14. Ministério da Saúde (BR). Quesito cor. Diretrizes do SUS. 13 nov 1990.
15. Rouchy JC, Desroche MS. Instituição e mudança: processo psíquico e organização. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.

16. Damasceno MG, Zanello VML. Saúde mental e racismo contra negros: produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos, *Psicol., Ciênc. Prof. (Impr.)*.2018; 38(3).
17. São Paulo (Estado). Portaria Administrativa nº 1075. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*. 30 out 2006.
18. Instituto Sou da Paz. *Prevenção da Violência entre Adolescentes e Jovens no Brasil: estratégias de atuação*. São Paulo; 2010.
19. Winnicott DW. *A família e o desenvolvimento individual*. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Portaria nº 36. *Diário Oficial da União*. 2 jun 2021.

Liberdade Assistida: aproveitando noções de masculinidade de adolescentes e jovens para a promoção de saúde, autoestima e profissionalização em tatuagem

Regina Figueiredo^I, Marta McBritton^{II}, Welton Gabriel Lima dos Santos^{III}, Natália Araújo Ferreira^{IV}, Danilo Batista de Souza^V, Fernanda Peres Guidolin^{VI}, Filipe da Trindade Barbosa^{VII}, Margarete de Jesus Fernandes^{VIII}, Daniel Rubio^{IX}, Marsilene de Lima Aquino Fontana^X, Leonel Passos da Silva^{XI}

- I Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é Cientista Social, Mestre em Antropologia, Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, Membro do grupo técnico de Saúde do Adolescente, do Comitê de Saúde Integral à Saúde LGBT e do projeto de implementação da “Linha de Cuidado para a Adolescência e Juventude para o SUS-SP” (LCA&J) e do Comitê de Saúde Integral da População LGBT desta secretaria.
- II Marta McBritton (martamcbrifton@gmail.com) é Graduada em Gestão de Projetos Sociais pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Presidente do Instituto Cultural Barong, idealizadora do projeto.
- III Welton Gabriel Lima dos Santos (welton@barong.org.br) tem formação parcial em Educação Física pelo Centro Universitário Ítalo Brasileiro (UNÍTALO), é Agente de Prevenção do Serviço Especializado em DST/Aids do M’Boi Mirim (SAE M’Boi) e do Instituto Cultural Barong.
- IV Natália Araújo Ferreira (natalia@clinicaproceder.com.br) é Psicóloga pela Universidade Metodista de São Paulo (UMSP), Pós-Graduada em Avaliação Psicológica, Psicologia Forense e Investigação Criminal pela Faculdade Descomplica, com formação em Saúde Sexual e Reprodutiva e Prevenção de DST/Aids pelo Barong, Promotora de Educação em Saúde, Responsável técnica da Proceder, em Mauá.
- V Danilo Batista de Souza (danilosouzatatto@gmail.com ; facebook: Danilo Batista) é formado em Tatuagem pelo Val Tattoo de Santo Amaro, autodidata, atua há 8 anos como tatuador profissional, é Professor de Tatuagem dos projetos do Instituto Cultural Barong.
- VI Fernanda Peres Guidolin (barong.fernanda@gmail.com) é Graduada em Turismo pela Universidade Anhembi Morumbi, Assistente de Direção do Instituto Cultural Barong.
- VII Filipe da Trindade Barbosa (flp.trindade12@gmail.com) é Rapper e agente auxiliar de saúde do Instituto Cultural Barong, Ex-Atendente de público do setor de IST do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids de São Paulo.
- VIII Margarete de Jesus Fernandes (barong.margarete@uol.com.br) é Bacharel em Letras pela Pontifícia Universidade de São Paulo (PUC-SP), Especializada em Direito Imobiliário pela parceria Fundação Armando Álvares Penteado e Faculdades Metropolitanas Unidas (FAAP-FMU), atua como Co-coordenadora de projetos no Instituto Cultural Barong.
- IX Daniel Rubio (danrubio_2000@yahoo.com; site: <https://www.artver.com/daniel-a-rubio>) é Publicitário pela Escuela de Publicidad de Chile, Produtor e Documentarista há 35 anos, Ganador do Prêmio de Melhor Vídeo documentário no Cinesul 2005, com “Tobias 700 - A História de uma Ocupação”, entre outros prêmios de juri ganhos por documentários de países de latino-americanos.
- X Marsilene de Lima Aquino Fontana (marsilene@acaonsfatima.org.br) é Pedagoga pelo Centro Universitário Ítalo Brasileiro (UNÍTALO), Ex-Coordenadora do SME Santo Amaro e SME Cidade Dutra, idealizadora do projeto e atual Técnica Social do Instituto Social Nossa Senhora de Fátima.
- XI Leonel Passos da Silva (passosleone1@ymail.com) é Graduado em Administração de Empresas pela Universi-

Resumo: O capítulo apresenta o projeto de atuação com jovens em situação de Liberdade Assistida, desenvolvido na Zona Sul de São Paulo, onde foram propostos cursos de formação semiprofissionalizante em tatuagem, procurando incentivá-los quanto à cidadania, bem-estar e o cuidado em Saúde, incluindo questões de Saúde Sexual e Reprodutiva; Saúde Mental; álcool e drogas e, assim, prepará-los para uma atividade remunerada regular.

Palavras-chave: Adolescentes; Medida socioeducativa; Inserção social; Saúde; Tatuagem.

Introdução

Durante os anos de 2020 e 2021, o Instituto Cultural Barong, com apoio da Coordenadoria de IST/Aids da Cidade de São Paulo, desenvolveu o projeto “Do Centro à Perifa”, que propôs um curso semiprofissionalizante em Tatuagem para jovens em situação de Liberdade Assistida da Zona Sul do Município de São Paulo.

Os pilares da proposta envolveram três eixos: (I) a necessidade de promover uma atividade atrativa para adolescentes e jovens em situação de liberdade assistida, que, na maioria das vezes, são meninos na faixa etária de 12 e 20, conforme a Fundação CASA; (II) a promoção da autoestima e autocuidado como ferramenta de prevenção de saúde, incluindo infecções sexualmente transmissíveis (IST), paternidade não planejada, abuso de álcool e drogas e envolvimento em situações de violência; (III) e a promoção de ferramentas para ampliar horizontes futuros para o público participante do projeto, de forma que este vislumbrasse estratégias de renda alternativa ao envolvimento em delitos, uma vez que sabemos que, dentre essas infrações, pelo menos 891,8% relaciona-se à envolvimento com roubo², furtos e drogas, geralmente para obtenção de recursos financeiros.

A tatuagem como atrativo à masculinidade

A cultura de gênero existente no Brasil impele que os padrões de

dade São Judas Tadeu, Psicólogo pela Universidade Cruzeiro do Sul, Especialista em Gestalt-Terapia clínica e institucional pela Universidade Cruzeiro do Sul.

masculinidade vividos sejam bastante rígidos e enfatizados principalmente entre a população adolescente e jovem, que busca comprovar tal posição para si e para as outras pessoas¹. Elementos entendidos como “masculinos” se associam às noções de autonomia e independência, força, invulnerabilidade e risco expressos nos modelos projetivos de filmes de ação, heróis e esportistas. Não à toa, o Brasil é o país do futebol masculino, enquanto o feminino é totalmente descartado.

Tais padrões imperam socialmente, trazendo desigualdades de gênero e, também, desvantagens na formação e vida dos homens, mas também podem ser utilizados como chamativos para a atração deste público, visando envolvê-los em estratégias educativas, preventivas e benéficas. A partir desse pressuposto, quando foi pensada a proposta de desenvolvimento de um projeto com adolescentes e jovens em situação de liberdade assistida, ante conversas com as equipes dos Serviços de Medidas Sócio-educativas (SME) da Zona Sul do Município de São Paulo, ficou clara a preocupação com a atratividade e frequência que seriam garantidas nas atividades do projeto.

Nesse sentido, podemos apontar que, no universo masculino de periferia, profissões masculinas típicas são as de pedreiro, encanador, eletricista, mecânico, entre outras, que poderiam ser propostas como cursos de formação semiprofissionalizante para este público. Porém, como instituição promotora de projetos-piloto inovadores, o Instituto Cultural Barong³ se propôs a ousar: propôs-se a fazer um curso de tatuagem.

A tatuagem está presente no universo jovem atual brasileiro. Ela une não apenas a preocupação estética, mas também elementos comuns entre os adolescentes e jovens, como o interesse por ilustrações e grafismos (também presente na cultura pop jovem do grafite). Além disso, a submissão à escarifi-

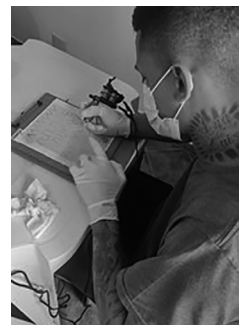


Figura 1- Aluno do curso de Tatuagem. SME Ângela

cação necessária à sua realização, envolve certa dor que pode ser associada à coragem e à resistência, como um ritual de passagem de masculinidade.

Não à toa a enorme presença dessa prática entre homens adolescentes e jovens no país, que chega a alguns grupos de 19%⁴ até 48,2%⁵, principalmente do Sudeste e Sul do Brasil, com média de 2 tatuagens por pessoas, geralmente em formatos, padrões gráficos ligados à força⁶, como animais (tigres, leões etc.), seres mitológicos poderosos (dragões etc.) ou grandes “tribais” ou símbolos (associados a povos guerreiros antigos como vikings, maoris etc.), além de tamanhos muito mais extensos e visíveis (braços, pernas, ombros) do que realizados pelas mulheres⁵.

Ao mesmo tempo, a tatuagem costuma ter uma importância, significado, determinado por quem a realiza^{4,5}, por isso está associada à personalidade e aos valores pessoais, caracterizando-se não apenas como um adereço, mas também como uma autoexpressão, onde há valorização do indivíduo e suas ideias por si mesmo, como um “convite ao sujeito”, o que favorece a autoestima.

Assim, sem dúvida, um atrativo para as atividades com o mote de tatuagem seria fácil e isso se comprovou, também pelo fato de todos os jovens meninos participantes do projeto terem tatuagens em seus corpos. Sabe-se que grande parte dessas tatuagens, inclusive, é feita por indicação de amigos⁴, mostrando que essa atividade é vista como uma moda compartilhada, como uma identidade de pertencimento a um grupo, apesar de sua tipificação ser individual.

Paralelamente, o projeto se propôs a desenvolver uma cartilha orientada aos meninos, contando a história da tatuagem, que resultou na “História da Tattoo”. O material foi elaborado no formato de quadrinhos, procurando atender a facilidade deste público com o formato, ao qual foi adicionado, na parte inferior, informações de saúde sexual e reprodutiva, produzindo uma cartilha de dupla função.



Imagens 2 a 11-
Cartilha História
da Tatoon

A TATUAGEM

NO SÉCULO XVI, DURANTE AS NAVEGAÇÕES EM DIVERSAS ILHAS DO OCEANO PACÍFICO, OS MARINHEIROS E EUROPEUS ENCONTRARAM POVOS QUE TATUAVAM SEUS CORPOS. NO HAVAI, OS POVOS TATUAVAM A LÍNGUA; EM BORNEU, GRAVAVAM A IMAGEM DE UM OLHO NA PALMA DA MÃO; NA NOVA ZELÂNDIA, OS MAORIS TATUAVAM O ROSTO COM DESENHOS "TRIBAIS", PARA IDENTIFICAR A QUAL FAMÍLIA PERTENCIAM...



CURIOSIDADES:

VOCÊ SABIA QUE NESSAS ILHAS, O POVO NÃO ANDAVA DE ROLPA? LÁ, FAZIA TANTO CALOR, QUE O PESSOAL USAVA SÓ UMA SINGA E AS MULHERES SAÍAM NO MÁXIMO... POR ISSO, CONHECER O CORPO NÃO ERA NENHUM TABU! INCLUSIVE OS ÓRGÃOS SEXUAIS... VOCÊ CONHECE OS SEUS?



CADA HOMEM TEM UM PÊNIS DIFERENTE!

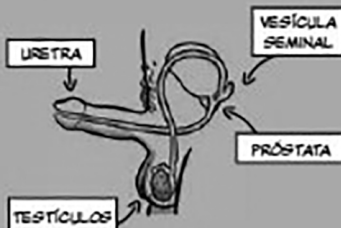
O NOME...

POR ISSO, EM 1769, O CAPITÃO INGLÊS JAMES COOK COMEÇOU A REPETIR O TERMO USADO NO TAITI PARA A TINTA QUE PENETRAVA NO CORPO: "TATAU". COM O TEMPO, "TATAU" VIROU "TATTOO"...



CURIOSIDADES:

A INGLATERRA ERA FRIA, POR ISSO, OS INGLESES TOMAVAM POUCO BANHO E ERAM MUITO MAIS SUJOS QUE OS NATIVOS... OS POVOS DO PACÍFICO TOMAVAM MUITOS BANHOS E SABIAM SE LAVAR... VOCÊ LAVA SEMPRE O SEU SACO? **PUXA A PELE DO PINTO PARA LAVAR BEM EM VOLTA DA CABEÇA DELES?** ISSO É MUITO IMPORTANTE PARA EVITAR DOENÇAS E CÂNCER DE PÊNIS...



LAVAR BEM O CORPO E NÃO SE EXPOR A DOENÇAS SEXUAIS PROTEGE A PRÓSTATA E GARANTE A EREÇÃO!

MAS, MUITO, MUITO ANTES...

... UM CORPO CONGELADO DE UM HOMEM DA IDADE DO COBRE, DE 3.300 A.C, FOI ACHADO COM LINHAS TATUADAS EM CARVÃO NAS COSTAS, TORNOZELOS, BRAÇOS, JOELHOS E PÉS... NÃO SE SABE SE ESSAS MARCAS FORAM FEITAS PARA ENFEITAR OU PARA TRATAR DOENÇAS...



TORCIDA!

CARACA! ESPERO QUE ESSE HOMEM NÃO TENHA MORRIDO DE IST.

JÁ EXISTIA IST?

IST SÃO INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS!

OU SEJA: A GENTE PEGA QUANDO FAZ SEXO COM ALGUÉM QUE ESTÁ INFECTADO:

- NO CONTATO DO PÊNIS COM A VAGINA
- OU DO PÊNIS COM O ÂNUS
- TAMBÉM, DA VAGINA, PÊNIS OU ÂNUS COM A BOCA

...ALÉM DE PASSAR NO CONTATO DE FERIDAS OU FLORES COM OBJETOS SUJOS COM SANGUE DE OUTRAS PESSOAS....



IST A FACAM PELOS ÓRGÃOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS!

NO EGITO...

...TAMBÉM FORAM ENCONTRADOS PESENHOS DE TRAÇOS E PONTOS EM VÁRIAS MÚMIAS DE MULHERES EGÍPCIAS. LÁ, ESSAS TATUAGENS REPRESENTAVAM A DEUSA BES, DA FERTILIDADE E PROTEÇÃO DA CASA.

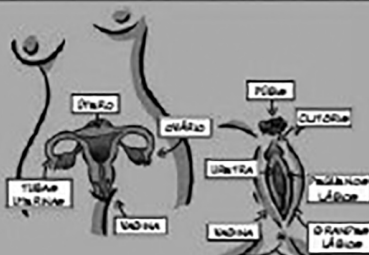


CURIOSIDADES:

AS MULHERES DO EGITO, TAMBÉM NÃO SE IMPORTAVAM EM SER VISTAS NUAS OU EM COBRIR SEUS ÓRGÃOS SEXUAIS.

QUASE SEMPRE, FAZIAM TOPLESS E NÃO USAVAM SUTIÃ, SÓ COLARES!

VOCÊ CONHECE OS ÓRGÃOS DAS MENINAS?



ÓRGÃOS SEXUAIS FEMININOS

É IMPORTANTE RESPEITAR AS MENINAS E SEUS CORPOS!

OS ROMANOS...

VÁRIOS POVOS ENFEITAVAM SEUS CORPOS COM DESENHOS FEITOS DE FORMA VARIADA, COMO OS GUERREIROS BRETÕES, QUE AS FAZIAM PARA MOSTRAR BRAVURA. POR ISSO, QUANDO OS SOLDADOS ROMANOS CONQUISTARAM ESSES POVOS, ALGUNS COMEÇARAM A IMITAR ESSAS TATUAGENS, TENTANDO TÉCNICAS PARA APLICAR MELHOR OS DESENHOS NO CORPO...



CURIOSIDADES:

ESPERO QUE ELES TENHAM USADO **EQUIPAMENTOS DESCARTÁVEIS!** ASSIM, QUEM TATUASSE NÃO ENTRAVA EM CONTATO COM COISAS USADAS E SUJAS DE SANGUE DE ALGUÉM... **MATERIAS DESCARTÁVEIS SÃO UM DOS JEITOS DE EVITAR DOENÇAS...** ...INCLUSIVE AS IST, NA HORA DE TATUAR, SE BARBEAR, FAZER PIERCING, ETC.



NUNCA DEVEMOS COMPARTILHAR LÂMINAS, AGULHAS, SERINGAS, NAVALHAS E NEM NADA CORTANTE!

ATÉ RELIGIOSOS...

OS SOLDADOS CATÓLICOS ENVIADOS PARA O ORIENTE DESENHAVAM UMA CRUZ PARA SEREM IDENTIFICADOS PARA O ENTERRO, SE FOSSEM MORTOS.



CURIOSIDADES:

NAS VIAGENS, SOLDADOS PEGAVAM MUITAS FICANTES E NAMORADAS. POR ISSO AS IST SE ALASTRARAM. ANDA NÃO TINHAM INVENTADO A CAMISINHA QUE É A MELHOR PREVENÇÃO DAS IST DURANTE O SEXO! VOCÊ JÁ USOU CAMISINHA? VEJA AÍ COMO SE FAZ PRA USAR.



ABRA A EMBALAGEM COM A MÃO PARA NÃO TER PERIGO DE RASGAR. SEGURE A PONTA DA CAMISINHA, APERTANDO PARA NÃO ENTRAR AR.



PREVENIDOLE COM A OUTRA MÃO ATÉ A BASE.



TIRE A CAMISINHA LONGO DEPOIS DO Ô-CULO PARA NÃO VAZAR. DEPOIS, JOGUE NO LIXO.

CAMISINHAS SÃO DISTRIBUÍDAS GRATUITAMENTE EM UNIDADES DE SAÚDE! E, EM SÃO PAULO, TAMBÉM EM TERMINAIS DE ÔNIBUS OU NO METRÔ.

QUEM ERA CONTRA?

ALGUMAS PESSOAS DISCRIMINAVAM A TATUAGEM E SÓ DEIXAVAM SER FEITAS EM CONDENADOS E CRIMINOSOS. OS GREGOS FAZIAM ISSO PORQUE ACHAVAM QUE A FORMA HUMANA ERA PERFEITA E NÃO DEVERIA SER MARCADA E NEM "MANCHADA". TALVEZ DÁ MENHA A IDEIA DO USO DE TATUAGENS NAS PRISÕES...



PENSAMENTOS:

DISCRIMINAÇÃO É FOGO!
LIMA BOBEIRA MESMO!
SÓ SERVE PARA TRATAR MAL AS PESSOAS!
VOCÊ JÁ DISCRIMINOU ALGUÉM?
JÁ FOI DISCRIMINADO?
- POR SUA COR?
- SUA RELIGIÃO?
- SUA ESCOLARIDADE?
- SEU MODO DE SER OU SE VESTIR?
- POR ALGUÉM QUE FICOU OU NAMOROU?
- POR QUALQUER MOTIVO???!

COMO SE SENTIU QUANDO ISSO ACONTECEU?

TUDO MUNDO MERECE RESPEITO!



NO JAPÃO...

A TATUAGEM ERA USADA PARA O EMBELEZAMENTO DO CORPO E TAMBÉM PARA MARCAR CRIMINOSOS. DEPOIS, A TATUAGEM FOI PROIBIDA E OS TATUADORES TINHAM QUE ATENDER "ESCONDIDO" O SEU PÚBLICO. ANDA HOJE, GRUPOS MAFIOSOS, COMO A YAKUZA, SE IDENTIFICAM POR SÍMBOLOS DESENHADOS NO CORPO.



CURIOSIDADES:

"PROIBIR", MUITAS VEZES FAZ AS PESSOAS FAZERM COISAS ESCONDIDAS!
ISSO É RUIM PORQUE SE CONTROLA MENOS A QUALIDADE DAS COISAS VENDIDAS E DOS MATERIAIS USADOS E ISSO PODE AFETAR A SAÚDE. COM RELAÇÃO A BEBIDAS E DROGAS, ACONTECE A MESMA COISA!
POR ISSO, DEVEMOS ADOPTAR ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR DANOS À SAÚDE.
CUIDAR DO CORPO, DA PELE, DAS TATUAGENS, DA GENTE, ENFIM, É CUIDAR DA VIDA...



CUIDAR DE SI É FUNDAMENTAL!

A MÁQUINA DE TATUAGEM

EM 1891, O AMERICANO SAMUEL O'REILLY INVENTOU A MÁQUINA ELÉTRICA DE TATUAGEM. A PARTIR DAÍ, A TATUAGEM PASSOU A SER USADA POR VÁRIOS GRUPOS: MARINHEIROS, PRESOS, HIPPIES, ROQUEIROS E ATÉ EX-COMBATENTES DE GUERRAS.



CURIOSIDADES:

OS HIPPIES DEFENDERAM O "AMOR LIVRE", OU SEJA, O DIREITO DE CADA UM FAZER SEXO OU NÃO COM QUEM QUISER: HOMENS COM MULHERES, HOMENS COM HOMENS E MULHERES COM MULHERES...

RESPEITE PESSOAS GAYS, LÉSBICAS E TRANS. CADA UM TEM O DIREITO DE SER, NAMORAR E TRANSAR COMO QUISER! DESDE QUE ENCONTRE UM PARCEIRO QUE TAMBÉM QUEIRA!
O PROBLEMA NÃO É O SEXO, MAS A PREVENÇÃO: PREVENÇÃO DE DOENÇAS E DA GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA!



VOCÊ CONHECE OS MÉTODOS DE PREVINIR A GRAVIDEZ?

A DIVERSÃO:

EM OUTRAS ÉPOCAS, MULHERES TATUADAS VIRARAM ATÉ ATRAÇÃO DE CIRCO!



IMPORTANTE:

CUIDAR DA SAÚDE E DAS IST É FUNDAMENTAL. POR ISSO EXISTEM SERVIÇOS DE SAÚDE! OS POSTOS DE SAÚDE DE CADA BAIRRO DISTRIBUEM CAMISINHAS GRATUITAMENTE. TAMBÉM REALIZAM TESTES RÁPIDOS PARA TODOS, INCLUSIVE ADOLESCENTES. TEM TESTE DE SÍFILIS, DE HEPATITES E DE HIV - O VÍRUS DA AIDS. ESSES TESTES E O TRATAMENTO PESSAS DOENÇAS TAMBÉM É ORIENTADO Nesses POSTOS E NOS SERVIÇOS DE IST/HIV/AIDS DA SUA CIDADE.



**ASSIM VOCÊ PODE SE PROTEGER,
E TER UMA SAÚDE SEXUAL SAUDÁVEL!**

O PRECONCEITO:

OS DESENHOS GRAVADOS NO CORPO GERARAM MUITA POLÊMICA. EM MUITOS CASOS FORAM VISTOS COM PRECONCEITO, PORÉM A TATUAGEM VENCEU!



ATENÇÃO:

POR ISSO:

- NÃO ABUSE DE ÁLCOOL E DROGAS
- NÃO COMPARTILHE MATERIAIS PERFURANTES OU CORTANTES
- TRANSE SÓ DE CAMISINHA
- SE ESTIVER NUMA PARCERIA FIXA E NÃO FOR USAR CAMISINHA, FAÇAM OS TESTES DE IST JUNTOS NO POSTO DE SAÚDE
- E, SE TIVER QUALQUER IST, TRATE Nesses SERVIÇOS, POIS AÍ NÃO DÁ PROBLEMA PARA VOCÊ E PARA NINGUÉM!

DIVERTIR-SE É FUNDAMENTAL!
MAS É IMPORTANTE NÃO DETONAR E NEM COLOCAR A SAÚDE EM RISCO!
ASSIM, CURTIMOS MAIS A VIDA E POR MAIS TEMPO.



SAÚDE
SEXUAL!!!

TEMOS A VIDA TODA PARA NOS DIVERTIR E TER PRAZER.
É IMPORTANTE ESTAR ATENTO PARA QUE ISSO DURE MUITO.

NO BRASIL...

A TATUAGEM CHEGOU EM 1959, EM SANTOS, TRAZIDA PELO DINAMARQUÊS LYKE GREGENSEN. ELE FICOU CONHECIDO COMO "MISTER TATTOO", OU, APORTUGUESANDO, "LUCK TATTOO". ELE ERA DESENHISTA E PINTOR E GANHAVA A VIDA COMO TATUADOR...



ATENÇÃO:

O VÍRUS HIV NÃO TEM CURA, MAS O TRATAMENTO PERMITE QUE A PESSOA VIVA NORMALMENTE. BASTA TOMAR OS REMÉDIOS INDICADOS E CONTROLAR A QUANTIDADE DE VÍRUS PARA QUE O CORPO NÃO FIQUE INDEBILITADO! ESSE TRATAMENTO É FEITO GRATUITAMENTE EM SERVIÇOS DE IST/HIV/AIDS...



É IMPORTANTE QUE TODOS FAÇAM O TESTE DE HIV E, SE DESCUBRIREM QUE TÊM ESSE VÍRUS, SE TRATEM!

DIVULGAÇÃO...

SUAS TATUAGENS SAÍRAM EM VÁRIOS JORNAIS DO BRASIL. EM 1975, TEVE ATÉ UMA MATÉRIA NO JORNAL "O GLOBO", AFIRMANDO QUE ELE ERA O ÚNICO TATUADOR PROFISSIONAL DA AMÉRICA DO SUL.



SAIBA:

TAMBÉM É IMPORTANTE TOMAR AS VACINAS DAS IST QUE JÁ EXISTEM: CONTRA HPV E CONTRA HEPATITE B

A DE HEPATITE B É DADA DE GRAÇA EM POSTOS DE SAÚDE. BASTA PEDIR!
A DE HPV PRECISA ESTAR NA IDADE RECOMENDADA PARA RECEBER NO SULS (11 A 14 ANOS PARA MENINOS E 9 A 14 ANOS PARA MENINAS), OU BUSCAR EM CLÍNICAS PARTICULARES... MAS ELAS SÓ FUNCIONAM SE TOMAR TODAS AS DOSES RECOMENDADAS.

LEVE SUA CARTEIRINHA DE VACINAS!
SE NÃO TIVER, PEÇA OUTRA NO POSTO DE SAÚDE.



**SEMPRE É MELHOR PREVENIR.
TER QUE SE TRATAR DEPOIS É MUITO MAIS COMPLICADO!**

MUITA TATUAGEM...

LUCK REALIZOU TATUAGENS EM MAIS DE 45 MIL PESSOAS COM A SUA MÁQUINA ELÉTRICA, ESPALHANDO A SUA TÉCNICA NO BRASIL, DURANTE OS 20 ANOS EM QUE MOROU EM SANTOS E, NO FINAL, NO RIO DE JANEIRO, ONDE MORREU EM 1988.



FIQUE ESPERTO:

PREVENÇÃO DE HPV É IMPORTANTE PORQUE ESSE VÍRUS PÁ CÂNCER DE PÊNIS, TESTÍCULO E, ATÉ, DE PRÓSTATA! E AÍ, PÁ TEM QUE TIRAR O PEÇAÇO DOENTE NUMA OPERAÇÃO!

JÁ A HEPATITE B FICA "DORMINDO" NO CORPO SEM SINTOMAS E, DEPOIS, ATACA O FÍGADO DANDO ATÉ CÂNCER!



**PARA CURTIR A SEXUALIDADE POR MUITO TEMPO,
USE CAMISINHA PRA SE PROTEGER!**

CONTINUANDO...

ELE CASOU COM UMA BRASILEIRA E TEVE UM CASAL DE FILHOS, TAMBÉM TATUADORES. SEU FILHO FRED MANTÉM O ATELÊ DO PAI, ATÉ HOJE.



ATENÇÃO:

TANTO AS IST, COMO UMA PATERNIDADE NÃO PLANEJADA, PODEM SE TORNAR UM INCONVENIENTE... POR ISSO, O MELHOR É SE CUIDAR E PLANEJAR TER FILHOS EM UMA IDADE BOA, QUANDO JÁ GANHAMOS ALGUM DINHEIRO E ESCOLHEMOS UMA PESSOA QUE A GENTE REALMENTE GOSTE! POIS ELA SERÁ A MÃE DA CRIANÇA A VIDA TODA, NÉ?! ASSIM COMO DEVEMOS PLANEJAR O QUE VAMOS TATUAR, PARA EXPRESSAR UMA IDEIA, O QUE QUEREMOS OU ACREDTAMOS... TEMOS QUE PLANEJAR NOSSA VIDA, INCLUSIVE O FUTURO...

PATERNIDADE RESPONSÁVEL



FILHOS SÃO MELHOR CUIDADOS QUANDO SE PLANEJA O MELHOR MOMENTOS PARA TÊ-LOS...

HOJE:

ATUALMENTE, NO BRASIL, QUEM QUISER PODER SE TATUAR, BASTA SER ADULTO E PROCURAR UM PROFISSIONAL ESPECIALIZADO NA TÉCNICA. ALGUNS TATUADORES, INCLUSIVE, TAMBÉM FAZEM PIERCINGS!



E SAIBA:

PESSOAS QUE CUIDAM DA SAÚDE CURTEM MAIS A VIDA, TÊM MAIS CHANCE DE TER UMA VIDA SEXUAL POR MUITO MAIS TEMPO, ATRAEM MAIS PARCERIAS E PERDEM MENOS TEMPO COM DOENÇAS E OUTROS PROBLEMAS. ISSO SIGNIFICA QUE TÊM AUTOESTIMA E QUE ESTÃO BEM COM A PRÓPRIA SEXUALIDADE...

NÃO IMPORTA A QUANTIDADE DE SEXO, DE DIVERSÃO OU TATUAGENS.....
O QUE **IMPORTA É A QUALIDADE!**
TIPO PODE SER BOM E SEM FEITO!

**MENINOS TAMBÉM DEVEM SE CUIDAR!
ISSO NÃO É FRESCURA, NÃO!**



UM DIA DE HOMENAGEM

HOJE, O BRASIL HOMENAGEIA A CHEGADA DE LUCK TATTOO EM NOSSO PAÍS, COM O DIA DO TATUADOR, NA DATA DE 20 DE JUNHO.



INFORMAÇÃO!

CUIDAR DA MENTE TAMBÉM É FUNDAMENTAL! QUANDO A GENTE RISCA E PINTA O CORPO, MUITAS VEZES, ESTAMOS EXPRESSANDO AQUILO QUE SENTIMOS POR DENTRO. AÍ, AS TATUAGENS VÃO ESCREVENDO A NOSSA HISTÓRIA, NOS SAS ALEGRIAS E TRISTEZAS. ISSO É SAÚDE MENTAL!

VOCÊ JÁ PENSOU COMO VOCÊ SE SENTE? SE, POR ACASO, VOCÊ SE SENTIR DESMOTIVADO OU ANSIOSO POR DIAS, OU TIVER PROBLEMAS COM ÁLCOOL E/OU DROGAS, PROCURE UM POSTO DE SAÚDE OU UM CAPS - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.



CUIDAR DA CABEÇA, TAMBÉM É FUNDAMENTAL!

Promoção de autoestima, autocuidado e Saúde frente às vulnerabilidades

Como o financiamento do projeto era visando a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo o HIV/aids e a promoção da saúde sexual e reprodutiva, partiu-se do pressuposto que também as noções de sexualidade ativa, exposição a riscos são construtoras dessa imagem de masculinidade, favorecendo não apenas a indução quantitativa às práticas sexuais, quanto à realização dessas sem prevenção, mesmo com relação à paternidade; assim como o envolvimento com a utilização de substâncias consideradas adultas, mesmo que nocivas, como o álcool e as drogas, que sabemos facilitar o sexo desprotegido^{7,8}.

Nesse sentido, como todos os projetos de prevenção do Barong, outro pressuposto era imperativo: de que só se previne quem se enxerga, se gosta e, por isso, se cuida. Ou seja, atuar com adolescentes e jovens se inicia com a importância de ouvi-los, enxergá-los e fazê-los se sentir agentes de uma ação; atuantes socialmente, para que cuidem de si e repassem tais cuidados e dicas para seus amigos, numa educação boca-a-boca entre pares^{9,10}, reconhecidamente uma estratégia de multiplicação utilizada na educação.

Sempre com o mote da tatuagem, foi definido que, em cada aula, haveria de 20 a 25 minutos de diálogo sobre os temas de Saúde, estimulados por “Cartazes-Temáticos Geradores”. Para cada tema, um cartaz seria apresentado solicitando uma interpretação dos participantes que, depois de falarem e (fundamental) serem ouvidos, receberiam informações de promoção ao respeito ao cuidado e a saúde. Os temas selecionados para cada um dos 8 encontros e as respectivas imagens geradoras de debate foram:

<p>1º dia: identidade, diferenças, autoestima e respeito</p>	 <p>1</p>	<p>5º dia: diversidade sexual e respeito aos LGBT</p>	 <p>5</p>
<p>2º dia: autocuidado e bem-estar e prevenção em saúde</p>	 <p>2</p>	<p>6º dia: relacionamentos afetivos e sexuais e machismo</p>	 <p>6</p>
<p>3º dia: uso e abuso de álcool e drogas e redução de danos</p>	 <p>3</p>	<p>7º dia: paternidade e gravidez não-planejada e contracepção</p>	 <p>7</p>
<p>4º dia: masculinidade, estereótipos e exposição a riscos</p>	 <p>4</p>	<p>8º dia: prevenção de HIV/aids</p>	 <p>8</p>

O tema 1, escolhido para primeiro encontro e apresentação, foi iniciado com a apresentação da imagem 1 para interpretação, gerando falas que observaram que eram mostradas tatuagens diferentes porque eram corpos de pessoas diferentes, com gostos diferentes. A partir daí, foi pedido que os participantes se apresentassem e contassem rapidamente sua história e porque estavam ali, depois orientadas as regras do encontro, e falado sobre a importância da participação, da escuta e da harmonia e o respeito à fala dos colegas e do professor, garantindo que todos teriam espaço para falar, se colocar e aprender no curso.

O tema 2, gerou comentários de cuidado com o corpo, necessidade de prevenção e proteção quando foi explicitada a importância dos ma-

teriais protetivos da covid e do uso de materiais descartáveis, incluindo orientações sobre outros objetos perfurocortantes usados no cotidiano e que podem passar IST, incluindo agulhas, seringas, navalhas etc.

Continuando a ideia de autocuidado, o tema 3 gerou comentários sobre a cantora inglesa Amy Winehouse, com discussão sobre os motivos de sua morte, o alcoolismo e o uso de drogas e os riscos, que provocou que vários participantes se colocassem sobre o uso de álcool, maconha e outras drogas, os riscos que já correram e a importância da moderação do álcool (estratégias de redução de danos) para efeitos nocivos desse uso, além de orientações sobre efeitos e redução de danos no uso de outras drogas e os riscos e encaminhamentos de saúde, divulgando a função dos Centros de Assistência Psicossocial (CAPS) e dando orientações sobre encaminhamentos em saúde.

O tema 4 introduziu a discussão sobre o motivo do personagem fazer um pênis como tatuagem, o que simbolizava, trazendo a discussão do que significa ser homem, dos estereótipos que confundem e expõem os homens a riscos, inclusive a exposição sexual frequente e a necessidade de provar a virilidade, abordando a importância do autocuidado em saúde sexual e informando sobre o cuidado dos órgãos sexuais e reprodutivos internos e a necessidade de prevenção de infecções com uso de preservativo, com o manuseio deste, orientando a forma de uso correta. Nesse mesmo encontro foi distribuída a cartilha “História da Tattou”, feita com conteúdo também de orientação a saúde sexual e reprodutiva, além de preservativos, que passaram a ser ofertados em todos os encontros e no saguão de entrada dos SME envolvidos no projeto.

Com gancho na abordagem de masculinidade, o Tema 5 apresentou um cartaz com a tatuagem do símbolo LGBTI, perguntando se conheciam e o que significava alguém tatuar isso, de forma a gerar a discussão sobre a alteridade sexual



Imagem 12 - Instrutores do Curso de Tatuagem.

e de gênero, o convívio e o respeito a essas pessoas e a importância do combate a homofobia. Alguns jovens que informaram conhecer pessoas trans receberam a cartilha “Transformação”, elaborada em projetos anteriores do Barong para esta população, para que pudessem levar para esses conhecidos.

O tema 6, com cartaz de meninas tatuadas com dizeres de autonomia feminina, gerou a discussão sobre o desrespeito que muitas sofrem, sendo citadas situações de violência e a importância do respeito à opinião, vontade e ao corpo feminino. Nesse dia, foram também apresentados os órgãos sexuais e reprodutivos da mulher, sua forma de funcionamento e distribuída e manuseada a camisinha feminina, que junto com a masculina ficou ofertada nos SME permanentemente enquanto durou o projeto, além de cartilhas sobre prevenção e sexualidade de meninas, que muitos levaram para namoradas e irmãos.

O tema 7 apresentou cartaz com tatuagem de pezinho, que foi imediatamente associado à paternidade pelos participantes dos cursos, que trouxeram falas de se tinham ou não filhos, se tinham sido ou não criados por pais, discutindo a importância da paternidade e a responsabilidade no ter filhos.

Por fim, o tema 8 apresentou o laço vermelho, simbolizando luta contra a aids, gerando a discussão sobre a doença, outras formas de prevenção possíveis com a profilaxia pós-exposição (PEP) e a profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP), a orientação de testagem rápida e a importância do tratamento para o controle do desenvolvimento de doenças e, também, da infecção de parceiros. Também foram distribuídas cartilhas de prevenção de HIV e PEP, disponibilizadas pelo Programa de DST/Aids do Município de São Paulo, contendo informações e endereços de serviços disponíveis na cidade^{11,12}.

Formação semiprofissionalizante como alternativa de vida

A quantidade de encontros e horas necessárias para uma formação básica em tatuagem foi discutida com um tatuador profissional, contratado para os cursos, além dos materiais que seriam necessários. Ficou estabelecido que cada turma do curso teria 8 encontros de 3 horas, realizados nos SME, que integram meninos em situação de Liberdade Assistida na Zona Sul da cidade: o SME Cidade Dutra, o SME Santo Amaro, o SME Capela do Socorro, e o SME do Jardim Ângela.

Foram oferecidas vagas em 4 turmas de formação: 2 realizadas em 2020 e 2 em 2021, com certo espaçamento entre ambas, devido à covid-19 que chegava ao país. E os cursos aconteceram dentro dos espaços desses SMEs, agregando as atividades a outras já realizadas nessas instituições. Por questão de logística frente à pandemia, os meninos do SME Capela do Socorro foram integrados ao grupo de Santo Amaro e houve redução de vagas, visando garantir o espaçamento corporal necessário à prevenção da pandemia.

Assim, junto ao planejamento do curso que envolvia aulas de esboço de desenhos, apresentação e serventia dos materiais envolvidos na tatuagem, funcionamento da máquina tatuadora, forma de colocação de agulhas e biqueiras e uso das tintas, treino prático de decalagem de desenhos em EVAs, treinos de riscar e colorir nesses materiais, permitindo que todos manuseassem os materiais e treinassem as técnicas; além da higienização dos materiais e dos cuidados corporais.



Imagem 13 – Alunos do Curso de Tatuagem SME Ângela.

Os materiais adquiridos e necessários a essa profissionalização foram: 5 máquinas de tatuagem, 5 kits de tintas coloridas, 10 de tintas pretas usadas para delinear; várias peladas de EVAs finos, 30 peles artificiais, kits com 2 tipos de agulhas e biqueiras e luvas descartáveis. A eles foram integrados os “kits covid”: máscaras descartáveis e álcool gel 70% para uso por todos os participantes.

A maioria dos tatuadores brasileiros, aprende a técnica como

aprendiz prático de outros tatuadores¹³ e, após treinar de forma autodidata, partem para a profissão como autônomos, abrindo estúdios para atuar, em grande parte das vezes, individualmente⁵. Conforme a região da cidade, uma tatuagem pode custar de R\$ 250,00 a mais; além disso, os materiais necessários à profissão, com exceção da máquina tatuadora, que nem é tão cara (cerca de R\$ 400,00 uma básica), são relativamente baratos. Da mesma forma, as redes de divulgação do trabalho são principalmente o “boca a boca”, ou redes sociais gratuitas, como o Instagram¹⁴.

O único percalço que tivemos foi o questionamento feito por uma juíza sobre a possibilidade de cortes e acidentes perfurocortantes entre os meninos com menos de 18 anos, fato que foi esclarecido quando apresentado o fato que não seriam feitas tatuagens reais em pessoas ou em algum menino, mas a formação é toda feita em materiais artificiais que simulam a pele humana. Também serviu como defesa a informação de que vários SMEs já realizavam cursos de barbearia, que também utilizavam objetos cortantes de maneira segura e profissional, não tão distintos dos riscos das ferramentas de tatuagem.

Para fechar o curso e dar ênfase à profissionalidade deste, o Barong distribuiu uma cartilha técnica sistematizando informações importantes sobre tatuagem para todos os participantes, e diplomou os meninos que tiveram frequência acima de 75%, além de fazer festa de encerramento das turmas e, no último ano, também sortear uma máquina tatuadora.



Imagem 14 – Cartilha do Curso.

Outros retornos do projeto

O curso atingiu diretamente com os cursos 41 adolescentes e jovens em situação de liberdade assistida (5 meninas e 36 meninos), além de 79 de forma indireta, que participaram de eventos, exposição ou distribuição de materiais educativos, além de 12 profissionais de SME.

De materiais, foram distribuídas mais de 500 cartilhas “História da Tattoo”, além de cartilhas de saúde sexual e reprodutiva feminina e de prevenção de IST, incluindo HIV/Aids (também levadas para amigos, namoradas(os) e parentes), 129 preservativos femininos (externos) e 988

preservativos masculinos (internos), além de 120 sachês de gel lubrificante.

Foi também selecionada uma turma para realizar gravação em vídeo de todas as aulas, de forma a possibilitar a produção de um filme curta-metragem de 8:23^{XII} minutos sobre o projeto, apresentado nas festas de encerramento e distribuição de diplomas feitas em todas as turmas. Esse material foi também muito bem recebido e fortaleceu a autoestima dos participantes do projeto, alguns se viram retratados e outros associaram a produção à importância do curso que haviam realizado.

Para a confecção deste vídeo foi especialmente elaborado o *rap* “Tatuagem”, por um dos auxiliares participantes do projeto, retratando na forma de letra e estilo musical, muito próximo ao gosto desses jovens, todo o processo de trabalho e fortalecendo as mensagens de saúde e autocuidado passadas durante o curso:

XII Disponível para assistir em link: https://www.youtube.com/watch?v=hYz5_KcWXAI

“Tatuagem” (TRINDADE SMOKE, 2020)

Bora aprender fazer umas Tatuagens
Desenvolvendo várias novas 'habilidade'
Prepare seus equipamentos pra montagem

Autocuidado que você deve sempre tomar
Os mesmos materiais, não deve usar!
Contato com sangue que vá contaminar
Pra evitar IST sempre deve descartar

Sobre drogas te digo uma parada
Não vacile com droga muito pesada
Não exagere no álcool com a rapaziada
Pro teu role não dá uma fracassada

O que torna um homem a sua identidade?
Ser homem é ter uma supermasculinidade?
Ter órgão genital não é uma virtude
Ser homem de verdade se prova com atitude

Assim como um homem ser gay
Violência contra LGBT é crime perante a lei
Respeite todos os gêneros minas e manos
Seja travesti ou trans são todos humanos
Então falando em manter em res-

Salve tatuadores aqui é o Trindade
peito
Cada mina da hora tem seu diferente jeito
Não abuse nem force o que ela não quer
Não é não, ela só fica com quem quiser

Seja cuidadoso no planejamento familiar
Pense bem antes de querer formar
Se for ter filhos é pra sempre cuidar
Seja homem ou mulher nunca abandonar

Agora jovem eu pergunto pra você
Sabe a diferença entre AIDS e HIV?
Doença e vírus que infectam o "sanguê"
Cuidado com sífilis, HPV e outras 'ISTÊ'

Siga essas dicas pra ser um bom tatuador
Cuide também da tatuagem quando for
Curtir é bom se prevenir é muito melhor
Se cuidar e respeitar, é essencial “manô”

Nos seus sonhos tenha foco e persista
Enfrente os desafios jamais desista
Lá na frente será vitória e terá a conquista
Sempre digo quem não arrisca não petisca

O vídeo também inclui o depoimento e a apresentação dos locais (estúdios) de tatuagens estabelecidos ou improvisados por 2 rapazes que fizeram o curso que, em 6 meses, já haviam iniciado suas atividades profissionais. Isso mostra que, ainda que informalmente, cerca de 5% dos jovens que participaram do curso começaram a trabalhar e iniciar o ganho de uma renda básica, mesmo sem terem tido subsídios para iniciar esta atividade. Assim, mesmo frente às interrupções provocadas pela pandemia de covid-19, considera-se que o projeto atingiu seus objetivos e, caso fosse implementado com maior financiamento e com a entrega de kits básicos de materiais de tatuagem, possivelmente teria expandido esse alcance de inclusão profissional para mais jovens.

Referências

1. Santos WTM. Modelos de masculinidade na percepção de jovens homens de baixa renda. *Barbarói*. 2007; 27:130-157.
2. São Paulo (Estado). Boletim Estatístico Diário da Fundação Casa [internet]. [acesso em 10 jan 2023]. Disponível em: https://fundacaocasa.sp.gov.br/boletins/boletins_2020/Boletim_Imprensa_31.07.2020.xlsx
3. Instituto Cultural Barong [internet]. [acesso em 20 fev 2023]. Disponível em: <https://www.instagram.com/institutoculturalbarong/>
4. Qualibest. Pesquisa revela comportamento e percepção das pessoas sobre tatuagens [internet]. 2018 [acesso em 10 fev 2023]. Disponível em: <https://www.institutoqualibest.com/blog/dicas/pesquisa-revela-comportamento-e-percepcao-das-pessoas-sobre-tatuagens/>
5. Kist C, Garattoni B. 1º Censo de tatuagem do Brasil. *Superinteressante*. 2014; 330:44-49.
6. Osório A. O frouxo e o carniceiro: dor e concepções de gêneros em dois estúdios de tatuagem cariocas. *Revista Gênero* [internet]. 2005 [acesso em 20 mar 2023]; 2(5):1-24. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/31143>

7. Mola R, Pitangui ACR, Barbosas AM, Almeida L. S.; Sousa MRM, Pio WPL, Araújo RC. Uso de preservativo e consumo de bebida alcoólica em adolescentes e jovens escolares. *Einstein*. 2016; 14 (2):143-51.
8. Figueiredo R, McBritton M, Cunha T. Juventude e Vulnerabilidade Sexual em Situações de Lazer-Festa. *BIS, Bol. Inst. Saúde.*, 2006; 40:13-15.
9. Costa ACG. O adolescente como protagonista. In: Schor N, Mota MST, Branco VC, editores. *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 1999.
10. Ayres JRCM, Freitas AC, Santos MAS, Saletti Filho HC, França Junior I. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. *Interface Comun. saúde educ.* 2003; 7(12), 123-38.
11. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Prevenção Combinada [internet]. [acesso em 20 fev 2023]. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/istaids/index.php?p=245395#:~:text=A%20preven%C3%A7%C3%A3o%20combinada%20abrangente%20o,e%20PEP%2C%20respectivamente\)%2C%20imuniza%C3%A7%C3%A3o](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/istaids/index.php?p=245395#:~:text=A%20preven%C3%A7%C3%A3o%20combinada%20abrangente%20o,e%20PEP%2C%20respectivamente)%2C%20imuniza%C3%A7%C3%A3o)
12. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. DST/Aids [internet]. [acesso em 15 set 2022]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=188831
13. Marçal G. Como os melhores tatuadores do Brasil aprenderam a tatuar. *Estadão* [internet]. 2014 [acesso em 20 out 2022]. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/emails/moda-e-beleza/como-os-melhores-tatuadores-do-brasil-aprenderam-a-tatuar/>
14. Duarte B. Design digital: desenvolvimento de aplicativo móvel para tatuadores. Florianópolis: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2018. Trabalho de Conclusão de Curso.

A Morte do Minotauro – o olhar de cuidado do Projeto Quixote para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade

Auro Danny Lescher^I,
Cláudio Silva Gonçalves Loureiro^{II}

Resumo: A partir do caso de um adolescente é feita uma reflexão sobre o “olhar de cuidado” do Projeto Pixote, que atua com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade.

Palavras-chave: Adolescência; Juventude; Vulnerabilidade; População de rua; Pobreza; Projeto Social.

Introdução

“Desta monstruosidade, nasceu o Minotauro,
o híbrido com corpo de homem e cabeça de touro,
em volta do qual Dédalo construiu o labirinto,
a casa monstruosa para um ser monstruoso...

ao morrer
o Minotauro chora
como uma criança
por fim se enrosca
como um feto
e se aquieta
no definitivo
da morte.”

(Paulo Leminski, 1994)^{I,III}

I Auro Danny Lescher (aurolescher@gmail.com) é Médico Psiquiatra, Mestre em Filosofia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), atua como Psicoterapeuta, Coordenador do Projeto Quixote.

II Cláudio Silva Gonçalves Loureiro é Psicólogo pelas Faculdades São Marcos, Psicoterapeuta de adolescentes e adultos, Supervisor Clínico do Projeto Quixote, Supervisor Institucional do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS) III-AD São Matheus.

III De seu livro “Metamorfose”, inspirado no personagem da mitologia grega, descrito como um ser monstruoso que possui o corpo de ser humano, mas a cabeça e o rabo de um touro.

Paulo Leminski, como costuma acontecer com os poetas, estará sempre disposto a nos “salvar”. A salvação, seja lá do jeito que for, se for, será a partir das duas facetas do espírito humano: essências e metamorfoses.

Os espíritos estão armados. O monstro devorador de humanos está exaltado. Bípede, ele anda pelas trilhas do labirinto. Encontra uma criança. Não sabe o que fazer. Conhece apenas os heróis, todos adultos. Ele vai estraçalhar o frágil corpinho?

O gorila Harambe, do zoológico de Cincinnati, nos EUA, foi assassinado pela segunda vez por funcionários do estabelecimento, após um menino de 4 anos cair em sua jaula, numa linda tarde de verão. Um tiro certo na cabeça do animal. Sua primeira morte se deu quando, capturado nas savanas da África, teve que trocar sua mãe por um cativo. Um gorila-morto-vivo para satisfazer o voyeurismo dos humanos. O zoológico é um espelho².

No mesmo dia em São Paulo morria Ítalo, com um tiro certo na cabeça. Um menino de 10 anos que roubara um carro e fugia da polícia³. Fugia também do Minotauro. O monstro devorador de humanos.

Ítalos e labirintos

Conheci alguns Ítalos, nesses 30 anos de Projeto Quixote⁴. Todos com menos de 13 anos. Todos brincando com a adrenalina de adultos. Todos roubavam carros automáticos para jogarem o jogo perigoso. Pichavam pendurados no topo do prédio. Alguns caíram desequilibrados, outros, assassinados.

Um dia, encontrei um Ítalo nas ruas da “Cracolândia”^{IV}. Eu era educador terapêutico, E.T. para os íntimos. Ele, um menino de 10 anos que vivia nas ruas do centro da cidade, sempre acompanhado por Bobi, seu fiel escudeiro vira-lata.

Com o tempo fomos construindo uma relação fraternal que legitimava minha curiosidade sobre a sua história e, com ela, a sua própria. Fui unindo os sinais de fumaça que ele deixava, seguindo o rastro e tecen-

IV Região de uso de crack localizada próximo ao centro da cidade de São Paulo.

do meu “fio de Ariadne”^v, para não sucumbirmos nos descaminhos da volta. Eu também tenho medo do Minotauro e de seu labirinto.

Ele veio de Cantão do Mato, na Bahia, fazia 2 anos, para procurar seu pai que, encontrado, abandonou-o pela segunda vez.

Aos 8 anos viu sua mãe sendo esquarterjada com golpes de machado pelo companheiro, enfurecido de ciúmes. Esse Ítalo salvou seus irmãos menores, levando-os para a casa da tia. Voltou e o fato estava consumado. Ainda ninou a cabeça da mãe.

Comemos juntos o “pão que o Diabo amassou”, mas conseguimos voltar.

Ele é um herói sequelado. As machadadas estraçalharam para sempre a sua linguagem.

Ainda assim um herói, como Paulo Leminski e Teseu^{vi}, sempre prontos a nos salvar. Ou matamos o monstro devorador de humanos ou perdemos o “fio da meada”. E aí, em algum Cantão do Mato, ele nos mata.

O labirinto e o Monstro – o Projeto Quixote

No Projeto Quixote^{vii} recebemos crianças e adolescentes em seus

V Na mitologia grega é a princesa de Creta, filha do rei Minos e da rainha Pasífae que se apaixona pelo grande herói Teseu, lhe entregou um novelo de fio de ouro para ajudá-lo a voltar para casa após derrotar o monstro Minotauro.

VI Embora não haja registros históricos que provem indiscutivelmente que Teseu existiu, alguns historiadores supõem que ele governou Atenas entre 1234 e 1204 a.C., como consta na lista tradicional dos Reis de Atenas, conforme cálculos de Jerônimo de Estridão⁵.

VII Projeto iniciado em 1996, na região Sudeste da cidade de São Paulo, implementado junto ao Programa de Atendimento a Dependentes do Departamento de Psiquiatria (PROAD) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). O projeto foi criado com o objetivo de integrar adolescentes em situação de rua e trabalho infantil e outras vulnerabilidades, oferecendo atendimento psicológico, psiquiátrico, pediátrico, social, avaliação das necessidades e demandas pedagógicas através de instrução informal e formal⁶, incluindo inserção educacional e social. Como um projeto de referência em Saúde. A proposta aposta na arte, na educação e na saúde como formas de aproximação e criação de vínculos com os jovens, promovendo oficinas artísticas e adota estratégias clínica e social, onde criatividade, afeto e expressão caminham sempre juntos, inicialmente, atendeu demanda encaminhada por educadores e a convite dos próprios atendidos, a procura era espontânea; 62,5% dos encaminhados faziam uso de drogas e 73,1% foram encaminhados para avaliação (p. 32).

Posteriormente, se emancipou, constituindo-se como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). Atualmente conta com cerca de 70 profissionais e, em 2021, seu relatório registrou 19.054 atendimentos (média de 450 vagas/mês) para 1.022 crianças e adolescentes de 6 a 17 anos, 251 deles ingresso no ano corrente⁸.

labirintos, buscando ajuda para descobrirem o caminho de saída: dos diagnósticos psiquiátricos de transtorno do espectro de autismo (TEA), de dependência química e de transtorno de conduta. Muitos chegam à “cena quixotesca”, vestidos com seus figurinos intimidadores para não precisarem reviver o terror de abandonos anteriores; calam a sua fragilidade alimentando uma postura opositora, testando os combinados com a equipe, na tentativa de buscarem alguma continência que apazigue a intranquilidade cotidiana vivida num ambiente de profundas precariedades^{VIII}.

Ali chegam também os “refugiados urbanos”, jovens que precocemente romperam com os seus vínculos familiares e comunitários, que vivem e circulam pela Avenida Paulista, Praça da Sé, bairro da Luz e outros entornos da cidade de São Paulo...

Nossos Educadores Terapêuticos – conhecidos como E.Ts – vivem cotidianamente o drama heroico de sustentar uma relação que possa provocar uma nova história, um novo destino.

Na discussão do dia a dia, nossos pensamentos se perdem em hipóteses e apostas sobre como compreendemos cada capítulo desta história que está sendo escrita. Muitas vezes, não sabemos. E erramos nos nossos prognósticos; outras, comemoramos com a percepção de que um novo padrão de atitude começou a aparecer nas ações de cada jovem no relacionamento com a equipe. Enfim, um trabalho que nos obriga a buscar uma escuta semelhante à de um músico, que percebe quando o instrumento desafina, quando a melodia está sendo cantada no tom correto da harmonia, quando o ritmo se desenvolve corretamente e também quando estamos desandando na expressão da canção: como entender o dançarino fora da dança?

Reconhecemos nestas muitas histórias rastros mais ou menos nítidos do Minotauro devorador de humanos. Ora a monstruosidade se apresenta nas situações de abuso sexual, ora nas fragmentações mentais produzidas pela crônica precariedade vivida por muitas famílias, ora na predominância do efeito da substância psicoativa que pode confundir e distorcer a compreensão do mundo e do “outro”.

VIII Para participar do Quixote, os adolescentes participam de uma Oficina de Acolhimento dadas pela entidade. Informações: <https://www.projetoquixote.org.br/>

Convém lembrar que no Mito grego, o Minotauro, este é um filho rejeitado por nascer monstruoso; que, lançado num labirinto, de lá não conseguirá escapar. Embora escondido, é alimentado pelas vidas humanas entregues como forma de pagamento de uma dívida política que a cidade de Atenas tinha com a Ilha de Creta.

De certa forma, o desinvestimento das políticas públicas para o cuidado com a infância e juventude no Brasil produz a monstruosidade das alternativas imediatistas e reducionistas, que tendem a sobrepor um olhar patologizante, criando novos fluxos de internações em clínicas psiquiátricas ou em comunidades terapêuticas; também o grande número de diagnósticos de TEA, de medicações psicotrópicas prescritas para controlar um comportamento que “grita” para ser compreendido de forma mais ampla e que se insere dentro de uma cultura onde o corpo é substituído por um avatar de uma tela líquida, onde o corpo dos jovens se acomodam anestesiados pela embriaguez selvagem das redes sociais. Há cada vez menos espaço público para a infância e juventude brincar, se expressar criativamente, poder viver o melhor da adolescência no exercício cotidiano da “grupalidade” física.

Não somos mais ingênuos para acreditar que, ao oferecer este espaço físico para as grupalidades, estar disponível para as atividades lúdicas e criativas, oferecer uma escuta clínica, pedagógica e social nos espaços das oficinas, corredores, salas de atendimento individual e cozinha, não nos depararemos mais com o impasse, a desconstrução das nossas apostas. Paralelamente, ainda ter que digerir o sentimento de impossibilidade e de frustração diante do que esperamos desses jovens, diante do não saber o que fazer em situações tão delicadas de sofrimento e de resistência para sair desta matriz “labiríntica” das ideias de suicídio, do ímpeto de automutilação e da necessidade de transgredir para repetir a descrença na mudança.

Com muitas lágrimas, atravessamos o deserto da nossa ignorância diante do monstruoso que se expressa nas angústias do trabalho, da raiva das nossas frustrações ao não conseguirmos perceber de forma clara o que pode ser efetivo para que a relação de cuidado com esses jovens possa promover a oportunidade de uma experiência vivificante, que desloque a expectativa do esperado e, com isto, traga alguma abertura de esperança.

Nas trilhas do labirinto, aprendemos a não desistir; o que não sabemos, procuramos saber melhor, pedimos ajuda na discussão com outros colegas e serviços, nos pomos a compor com a rede. Esta dimensão do “fio” que se amplia e se trama, como uma rede de cuidados, de certa maneira nos convoca a abraçarmos com mais afinco os valores éticos e políticos de uma luta que é histórica sobre o lugar da infância e da adolescência na sociedade em que vivemos.

Nas travessias desses desertos com o outro que sofre, a duras penas, aprendemos a valorizar o desejo de compreender mais; não apenas no sentido técnico do nosso trabalho, mas somos desafiados a praticar o difícil exercício da alteridade, de sustentar o tempo do impasse sem ter apego ao controle.

As situações caóticas que nos deparamos no trabalho nos obrigam a sair de uma certa anestesia do saber que produz o conhecimento preconceituoso, produz o saber cansado. De certa forma, este nosso “desalojamento” também produz uma forma de empatia para compreendermos o desalojamento vivido por algumas dessas crianças e adolescentes.

Este sofrimento do trabalho, por outro lado, nos ensina que o melhor antídoto contra o monstruoso é a radicalização da nossa humanidade. Descobrir com isto que talvez não precisemos matar o Minotauro dentro de nós e nem o esconder de forma tão eficaz nos labirintos da nossa alma. Precisamos reconhecer a sua manifestação para melhor lidarmos com os seus assaltos traiçoeiros. Temos, com isto, uma chance maior de coexistirmos mais honestamente junto ao nosso público, admitindo as nossas faltas, o nosso não saber, com isto buscando uma maior possibilidade de parceria e aliança terapêutica, pedagógica para trilhar o caminho mais pulsante, mais vivo.

A “morte do Minotauro” sugere um aspecto simbólico de transformação. Sabemos que nenhuma grande mudança acontece anulando-se as possibilidades do risco. Ela pode, de fato, operar um processo profundo ou pode facilmente sucumbir na cronificação de antigos padrões.

Quando se inicia um processo terapêutico, um processo analítico, não temos qualquer garantia que nos tornaremos melhores, que conseguiremos sustentar as escolhas necessárias para irmos no nível mais profundo dentro de nós, para realmente mudarmos. Mas, podemos, talvez

com muita persistência, buscar deslocamentos, movimentos para sairmos de dentro do nosso labirinto.

De certa forma, contamos com esta possibilidade no exercício do nosso trabalho quando o que mais queremos é que uma criança volte a ser uma criança, um adolescente volte a ser um adolescente. Tentamos sempre reencontrar o sonho diante do desencanto. Por este motivo, a arte, o lúdico, são elementos constitutivos de nossos esforços^{IX}.

Considerações finais – o percurso heroico

Podemos dizer, com uma certa dose de integridade, que o nosso heroísmo se forja na força dura da realidade, e que sim, somos heroicos porque não desistimos do desejo de querer transformar.

Aprendemos com os desafios apresentados por este percurso heroico. Sabemos, de forma dura, que o nosso principal inimigo será a arrogância, o querer se sentir divino, salvador. A realidade nos protege todas as vezes em que estas crenças nos assolam. Dela, tiramos preciosas lições.

Somos muitas vezes salvos por Paulo Leminski! Pela arte que lambe nossas feridas e transforma a dor, trazendo novas potencialidades para melhor seguirmos nas trilhas deste destino que escolhemos ou fomos escolhidos. Somos operários do futuro, aqui se encontra o nosso maior material político para tentarmos colaborar para que a nossa sociedade, um dia, possa acordar um pouco diferente.

IX Em 2020, o Projeto Quixote recebeu o Prêmio Criança 2020, organizado pela Fundação Abrinq com parceria da Fundação José Luiz Egydio Setúbal; em 2003, o Diploma de Mérito pela Valorização da Vida, conferido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e, em 2000, o Prêmio Empreendedor Social pelo plano de negócios da Agência Quixote Spray Arte, premiada também como ideia inovadora, pela Ashoka Empreendedores Sociais e pela McKinsey & Company⁴.

Referências

1. Leminski P. *Metamorfose*. São Paulo: Iluminuras; 1994.
2. Gorila é morto após menino cair em área isolada de zoológico nos EUA. 2 [internet]. [acesso em 20 set 2022]. Disponível em: <https://g1.globo.com/natureza/noticia/2016/05/gorila-e-morto-apos-menino-cair-em-area-isolada-de-zoologico-nos-eua-20160529140003786892.html>
3. Policiais depõem em SP sobre caso do menino Ítalo, morto em 2016 com tiro na cabeça pela PM [internet]. 2018 [acesso em 20 nov 2022]. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/policiais-prestam-novo-depoimento-em-sp-sobre-caso-do-menino-italo-morto-em-2016-com-tiro-na-cabeca-pela-pm.ghtml>
4. Projeto Quixote [internet]. [acesso em 10 fev 2023]. Disponível em: <https://www.projetoquixote.org.br/>
5. Estridão J. *Chronicon*. Constantinopla, 380. Collection of Ante-Nicene, Nicene and Post-Nicene Fathers [internet]. [acesso em 20 fev 2022]. Disponível em: <https://www.tertullian.org/fathers/index.htm#JeromeChronicle>
6. Comuana AA. O significado da assistência oferecida pelo Projeto Quixote: a ótica das famílias atendidas em situação de risco [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2005.
7. Rigato FD. Descrição do perfil sociodemográfico e avaliação de comportamento de risco de crianças e adolescentes atendidos pelo projeto Quixote [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2002.
8. Associação de Apoio ao Projeto Quixote. Relatório anual 2021 [internet]. 2021 [acesso em 17 jan 2023]. Disponível em: <https://www.projetoquixote.org.br/wp-content/uploads/2022/04/RELATORIO-GERAL-ANUAL-2021.pdf>

Fórum Municipal de Saúde Mental Infantojuvenil de São Paulo: a potência do coletivo para a sustentação da direção antimanicomial

Fernanda de Almeida Pimentel^I,
Laís Vignati Ferreira^{II}, Débora Ribeiro de França^{III}

Resumo: É proposto traçar um histórico do Fórum Municipal de Saúde Mental Infantojuvenil da cidade de São Paulo, a partir da perspectiva de memória de percurso e análise de dados documentais dos fóruns realizados. A narrativa busca trazer um resgate do histórico de políticas públicas e suas interferências na implantação do fórum, realizar uma memória de relatos da organização e desdobramentos do espaço, bem como traçar perspectivas futuras, concluindo que espaços de construção coletiva são potentes e fundamentais para o cuidado na perspectiva da atenção psicossocial.

Palavras-chave: Atenção psicossocial; Infância e juventude; Saúde mental.

Introdução

“Pois a memória grupal é feita de memórias individuais.”
(E. Bosi)¹

-
- I Fernanda de Almeida Pimentel (fpimentel@unifesp.br) é Terapeuta Ocupacional pela Pontifícia Universidade Católica de Campina (PUC-SP), Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), atua como Terapeuta Ocupacional, Supervisora Clínico-Institucional de equipes do Centro de Atenção Infantojuvenil (CAPS-IJ) no Município de São Paulo, Ex-Gerente de CAPS-IJ.
- II Laís Vignati Ferreira (laisfonoaudiologa@gmail.com) é Fonoaudióloga e Mestre em Ciências, pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP), atua como Fonoaudióloga da Secretaria de Saúde do Município de Osasco-SP, Ex-Gerente de CAPS-IJ.
- III Débora Ribeiro de França (debfranca29@gmail.com) é Psicóloga pela Universidade Cruzeiro do Sul, Especialista em Psicopatologia e Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), e atua como Supervisora de Saúde Mental do CAPS-IJ.

O presente capítulo, propõe contar a história da constituição e dos desdobramentos do Fórum Municipal de Saúde Mental Infantojuvenil da cidade de São Paulo. Essa história será contada pela perspectiva das autoras deste texto: trabalhadoras do Sistema Único de Saúde (SUS), com pelo menos 6 anos cada atuando em Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS-IJ), participantes ativas dos encontros do referido Fórum, em diferentes momentos desse percurso. Optamos por fazer uma narrativa incluindo reflexões para o campo da atenção psicossocial infantojuvenil e sonhos para a consolidação da direção antimanicomial na produção de cuidado para e com esse público. Como nos aponta BOSI¹, embora a memória seja do indivíduo, a construção da memória só será construída no interior de um grupo e, nesse sentido, lembrar-se de um acontecimento é sempre uma ação coletiva. Com isso, convidamos todos os atores que fizeram, fazem e farão parte desse cenário a compor conosco e dar continuidade no contar e fazer essa história.

Inspiradas pela frase “Respeito meu passado para entender o meu presente e sonhar com meu futuro”, escrita por Victor Matos, usuário de um CAPS-IJ, e motivadora do Fórum realizado em abril de 2022, organizamos nossa narrativa em três tempos: passado (resgate histórico); presente (desdobramentos); e futuro (perspectivas).

Passado

Ao considerarmos a trajetória da atenção em Saúde Mental a crianças e adolescentes, constatamos que este público não era visto ou legitimado em seu sofrimento, culminando em uma lacuna de políticas públicas para essa população, além de sua tardia inserção nas pautas da Reforma Psiquiátrica Brasileira^{IV}. A negligência, o abandono, a exclusão, o desconhecimento e o silenciamento marcavam este cenário, havendo

IV A Reforma Psiquiátrica Brasileira é considerada um movimento social complexo, que abrange quatro dimensões principais: teórico-conceitual, técnico assistencial, jurídico-política e sociocultural. Movimento social liderado por trabalhadores de Saúde Mental, usuários e familiares, com início no final da década de 1970 e começo da década de 1980. Nasceu de uma crítica ao modelo asilar, precário, violento e segregador de assistência à saúde mental vigente até então, centrado no manicômio. Tem como princípios o cuidado em liberdade, a proposição de novas formas de tratamento, incluindo dispositivos e procedimentos e a busca por promoção de dignidade e cidadania²⁻³.

uma preocupação do Estado apenas com aqueles “menores” que de alguma forma eram considerados em situação irregular (“menores abandonados”; “menores infratores”; “menores de rua”), encontrando eco no Plano Jurídico. A resposta do Estado se pautava na institucionalização e na criminalização da infância e juventude, sob uma lógica excludente e higienista, havendo pouca aproximação da Saúde Pública e, quando ocorria, as ações eram marcadas por um caráter adultocêntrico, numa reprodução de estratégias voltadas ao público adulto, como um “copiar-e-cola”, sem considerar as especificidades que o público infantojuvenil requer⁴⁻⁷.

Felizmente, alguns marcos regulatórios puderam trazer uma nova perspectiva de atenção em Saúde Mental às crianças e adolescentes, reconhecendo seu sofrimento, legitimando sua existência enquanto sujeito de direitos e propondo estratégias de cuidado alinhadas aos princípios da Atenção Psicossocial^V. Em um cenário de abertura política e de redemocratização do país, na década de 1980, a Reforma Sanitária, que culminou na criação do SUS, o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e os princípios da Reforma Psiquiátrica fomentaram tais mudanças. Cabe destacar a Constituição Federal de 1988⁹, em seu artigo 227, que enuncia a responsabilidade de garantia de direitos a crianças e adolescentes, com absoluta prioridade, deve ser compartilhada entre Estado, famílias e sociedade; e o Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990¹⁰, que instaura a doutrina de proteção integral a essa população, reconhecendo-a como sujeitos de direitos que devem ser respeitados em sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Destacou-se a urgente necessidade de incluir crianças e adolescentes no centro das práticas, evidenciando que este seria “o único modo de garantir que não se reproduza na sua assistência o ato de se discursar sobre ela, de saber, por ela, o que é melhor para ela”¹¹ (p. 12).

Neste cenário, experiências na clínica, como os hospitais-dia infan-

V Atenção Psicossocial pode ser definida como um conjunto de saberes e práticas “que modifica não apenas o modo como se trata em saúde mental, mas transforma também a forma como a sociedade civil se relaciona com as loucuras que produz e com as pessoas em sofrimento psíquico”⁸. Tem como princípios: a compreensão da multidimensionalidade do processo saúde-doença-intervenção; concepção do território e contextos de vida enquanto locus do tratamento, tendo como objetivo a participação social, conquista de autonomia e emancipação; garantia e defesa de direitos; cuidado multiprofissional e interdisciplinar.

tis em São Paulo, somadas a outras experiências de cuidado a crianças e adolescentes, inauguraram um campo de atenção em Saúde Mental específico para essa população. Porém, foi somente nos anos 2000, após a promulgação da Lei no 10216^{VI,12}, somados à III Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual foi colocada a necessidade de um novo modelo de assistência para população infantojuvenil e à promulgação, em 2002, da Portaria n° 336¹³, que estabeleceu as diretrizes para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que foi possível a implantação, de âmbito federal, de um serviço específico para a atenção a Saúde Mental de crianças e adolescentes no SUS: o CAPS infantojuvenil (CAPS-IJ)^{VII,13}.

Nesse contexto, a composição, ainda em construção, de um campo de conhecimentos e práticas, considerando as especificidades que esse público requer, ganham escopo. Para a política de saúde mental voltada para adultos, tal portaria se apresentava como um marco consolidador e, para a população infantojuvenil, fez-se como um marco inaugural da política de saúde mental de crianças e adolescentes. “Uma encontrava seu fecho a outra encontrava o seu começo.”¹⁴ (p.20).

A fim de consolidar a atenção psicossocial de crianças e adolescentes, instituiu-se, por meio da Portaria n° 1.608, de 3 de agosto de 2004¹⁵, o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil. Tal Fórum teve como principais atribuições: a) desenvolver articulação intersetorial e discussão permanente sobre as políticas para a área, estabelecendo diretrizes políticas nacionais para o conjunto de práticas no campo; b) constituir redes de atenção intersetoriais, incluindo representações das regiões brasileiras dos setores da saúde (área técnica e coordenação de saúde mental; atenção básica; saúde da criança, do adolescente e do jovem; pessoa com deficiência; CAPS-IJ; conselho nacional de saúde), ministérios da justiça, educação, cultura, esportes, assistência social, representantes de

VI Apesar dos documentos oficiais do Ministério da Saúde utilizarem o termo “CAPS-i”, neste texto utilizaremos a nomenclatura “CAPS-IJ”, motivadas pelas discussões no município de São Paulo, inclusive no Fórum Municipal de Saúde Mental infantojuvenil, que reconheceu como direção ética a necessidade de “ampliar o mandato dos Caps-i e construir uma identidade peculiar ao cuidado tanto de crianças, quanto de adolescentes, adotando inclusive a nomenclatura CAPS infanto-juvenil”¹³ (p.66).

VII Apesar dos documentos oficiais do Ministério da Saúde utilizarem o termo “CAPS-i”, neste texto utilizaremos a nomenclatura “CAPS-IJ”, motivadas pelas discussões no município de São Paulo, inclusive no Fórum Municipal de Saúde Mental infantojuvenil, que reconheceu como direção ética a necessidade de “ampliar o mandato dos Caps-i e construir uma identidade peculiar ao cuidado tanto de crianças, quanto de adolescentes, adotando inclusive a nomenclatura CAPS infanto-juvenil”¹³ (p.66).

movimentos sociais, entre outros. O Fórum Nacional se constituiu como importante instrumento de gestão na área, no âmbito federal, materializando uma instância democrática, na qual diversas entidades, de diferentes setores, tinham assento e participação garantida¹⁵.

“O Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, instituído em agosto de 2004, pela Portaria MS/GM nº 1.608, de 3 de agosto de 2004, é um importante espaço de discussão e de articulação intersetorial que objetiva debater as diferentes questões relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, oferecendo subsídios para a construção das políticas públicas voltadas a essa população. O Fórum busca estimular a participação de vários atores intersetoriais envolvidos no tema e a organização de fóruns locais, por meio de reuniões itinerantes.”¹⁵ (p. 5)

Tal Fórum, de característica itinerante (aconteceu nas cidades do Rio de Janeiro, Brasília, Salvador e Curitiba de 2004 a 2012), tornou-se um espaço de debate coletivo, contemplando diversas regiões do Brasil, desdobrando-se em grupos de trabalho e constituindo-se como um espaço representativo e deliberativo. Dos encontros, esperava-se que fossem retiradas orientações e/ou recomendações, com o objetivo de ampliar a discussão e subsidiar diretrizes para a Política Nacional de Saúde Mental infantojuvenil⁷. Ao final de cada encontro, produzia-se coletivamente, após consensos, um documento que continha as diretrizes e recomendações para o campo. Temas como institucionalização e desinstitucionalização de crianças e adolescentes; articulação entre os campos da saúde e do direito; sofrimento psíquico de crianças e adolescentes; intersetorialidade; trabalho em rede; álcool e outras drogas; qualificação dos recursos humanos e gestão dos serviços, em especial dos CAPS-IJ, foram debatidos neste espaço¹⁶.

Em 2005, a publicação “Caminhos para uma Política de Saúde Mental infanto-juvenil”⁷, também teve grande importância para o campo, na medida em que apontava princípios gerais para a efetivação de políticas públicas na área: acolhimento universal; o encaminhamento implicado; a construção permanente da rede; a compreensão de território enquanto lugar psicossocial do sujeito e o imperativo da intersetorialidade na ação

do cuidado voltado a crianças e adolescentes.

Em 2011, tivemos a promulgação da Portaria no 3.088 de 23 de dezembro¹⁷ que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As diretrizes para o funcionamento da RAPS se pautaram em valores e princípios que encontraram solo fértil na Atenção Psicossocial infantojuvenil, como a lógica interdisciplinar na produção do cuidado; a diversificação das estratégias de intervenção; a proposição de atividades no território, com vistas à inclusão social e exercício da cidadania; realização de ações intersetoriais e a construção de projetos terapêuticos singulares como eixo central na condução das práticas.

Em 2014, uma nova publicação do Ministério da Saúde “Atenção Psicossocial de crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos”¹⁸ reforça o lugar de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, evidenciando a saúde como um dos direitos fundamentais. A publicação trouxe diretrizes para a atenção psicossocial de crianças e adolescentes no âmbito da RAPS e discutiu temas fundamentais para o campo como o papel estratégico da educação; o uso de substâncias psicoativas; a proteção social integral; atenção em saúde e medidas socioeducativas; atenção às crianças, aos adolescentes e às suas famílias em situação de violência, entre outros. Ainda nesse ano, o Ministério da Saúde também publicou o documento “Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações: de 2005 a 2012”¹⁹, com as recomendações e cartas dos fóruns realizados no referido período^{VIII}.

Nesse percurso, cabe destacar aqui a importância do Fórum Nacional de Saúde Mental enquanto articulador político e dispositivo democrático que buscava, por meio de uma prática intersetorial e participativa, construir diretrizes para o campo da atenção psicossocial de crianças e adolescentes no SUS. Nesse espaço ficou evidente a sustentação da dire-

VIII Depois da publicação “Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações: de 2005 a 2012”, de 2014, não encontramos mais registros sobre a continuidade do Fórum Nacional. Temos notícias de fóruns regionais e municipais, mas não de uma articulação no âmbito federal (uma hipótese que pode ser levantada, diz respeito ao cenário nacional, a partir do golpe de 2016, em que o país vivenciou, como afirma Almeida²¹ uma restrição e redução de direitos e um retrocesso quanto às políticas no campo da saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial).

ção do cuidado e do compromisso ético-político por uma sociedade sem práticas manicomiais, tendo crianças, adolescentes e suas famílias como protagonistas nesse processo.

Fórum Municipal de Saúde Mental Infantojuvenil: o percurso na cidade de São Paulo

O I Fórum Municipal de Saúde Mental Infantojuvenil da cidade de São Paulo aconteceu em agosto de 2016, após a realização do I Encontro Municipal de CAPS-IJ^{IX}, em abril de 2016. A proposição desse dispositivo estratégico veio da Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), na gestão vigente no período de 2013 a 2016, também sendo motivada pelo referido encontro e em consonância com manifestações de trabalhadores e usuários da rede em favor de espaços de articulação política e coletiva do cuidado em saúde mental infantojuvenil.

A fim de contextualizar essa ação, como nos apontam Tykanori e colegas²⁰, no período referido acima (2013 a 2016) a Área Técnica de Saúde Mental havia elencado como prioridade de ação três grupos com necessidades de saúde significativas, mas com baixa capacidade de demandar cuidados: moradores de hospitais psiquiátricos; usuários de drogas em situação de alta vulnerabilidade social e crianças e adolescentes em sofrimento mental. As ações “acompanharam as diretrizes nacionais da política de saúde mental e da política de álcool e outras drogas, a partir da leitura das necessidades e recursos da cidade de São Paulo”²⁰ (p. 61). No cenário da atenção a crianças e adolescentes verificava-se uma expansão significativa de CAPS-IJ, num total de 24 serviços no ano de 2013 (em 2023, ano desta publicação, a cidade conta com 33 CAPS-IJ). A gestão ocupou-se, portanto, de um diálogo e acompanhamento junto aos CAPS-IJ, a fim de produzir, de forma coletiva, alinhamentos nessa diversidade de serviços, na busca de ampliar o mandato dos CAPS-IJ, na direção da sustentação antimanicomial de suas práticas.

IX O Encontro Municipal de CAPS-ij foi uma iniciativa da Área Técnica de Saúde Mental da SMS do município de São Paulo, tendo como característica principal “a garantia da participação e do protagonismo das crianças e adolescentes, e de seus familiares, usuários dos Caps ij, tendo como objetivo discutir, refletir e compartilhar experiências da atenção e cuidado em saúde mental desta população.”²¹ Para saber mais sobre esse evento: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/anaisiencontomunicipaldesaude-mentalinfantojuvenil22122016_1482430629.pdf

“Buscamos ampliar a concepção de sofrimento psíquico, de vulnerabilidade e uso de álcool e outras drogas, de garantia de direitos, de dispositivos a utilizar, de processos de trabalho a se reordenar e em meio a isso a ambiência necessária para tal. Adolescentes com questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, até então, quase não tinham lugar na rede de Saúde Mental. Além disso, retomamos o Fórum Municipal de Saúde Mental Infantojuvenil.”²⁰ (p.66)

Cabe destacar que a construção desse espaço (temas a serem discutidos; condução, formato e locais dos encontros) se deu de forma democrática e participativa, contando desde seu primeiro encontro, ainda que de forma tímida, com a participação usuários e familiares dos CAPS-IJ da cidade, na busca de efetivar o protagonismo desse público na tomada de decisão daquilo que lhes diz respeito. O Fórum contava ainda, de forma mais expressiva, com a participação de trabalhadores e gestores dos CAPS-IJ da cidade, e com menor intensidade de trabalhadores de outros serviços de saúde (Atenção Básica e especializada como Centros Especializados em Reabilitação) e da rede intersetorial (educação, assistência social e judiciário), almejando se configurar de fato como um Fórum intersetorial.

Após encontros iniciais para discussão do formato desse espaço, pactuou-se que eles aconteceriam mensalmente, sendo um Fórum itinerante, tendo os CAPS-IJ da cidade como responsáveis por receber e organizar os encontros, produzindo um registro sobre esse momento (ata ou memória). Sendo itinerante, é possível que os serviços vivenciem as diferentes realidades que são impostas em São Paulo, promovendo a garantia do direito à cidade e reconhecimento da singularidade de cada território. Quanto ao registro, este deveria ser disponibilizado para todos os serviços da rede de atenção psicossocial infantojuvenil. Usuários, familiares, trabalhadores e gestores, além de atores da rede intersetorial, para que eles se encontrassem, para debater e trocar experiências/ideias/conhecimentos sobre a atenção psicossocial voltada a esse público.

“De agosto de 2016 a junho de 2017 foram compartilhados enunciados construídos a partir das trocas dos Fóruns ij, com

gestores e trabalhadores de todo o município, a fim de construir um modo de saúde mental antimanicomial na RAPS paulistana. Esta forma de fazer gestão só pode se desenhar com o compromisso assumido desde o início da gestão [vigente no período] com os princípios da Reforma Psiquiátrica e com o alinhamento às diretrizes de um SUS, alicerçado na participação social efetiva. Desta forma foi possível vivermos avanços da SM ij paulistana, que nada foram inventivas podemos dizer, mas sim o resultado de reconhecer e encarnar o compromisso de fazer um Sistema de Saúde público, tão bem elaborado em sua história e proposituras, acontecer!”^X

O coletivo do Fórum buscava considerar definitivamente as especificidades da atenção psicossocial infantojuvenil, debruçando-se na singularidade que esse público requer. Intervenções culturais, depoimento dos usuários e familiares, grupos de trabalho, elaboração e circulação das atas dos encontros, com enunciados para a produção do cuidado, foram estratégias utilizadas pelo coletivo para a sua sustentação. Esse movimento pôde produzir nos CAPS-IJ da cidade:

“(…) produção de uma identidade consistente e coletiva de seus atributos, se fortalecendo enquanto integrante e referências vivas e consolidadas para RAPS Paulistana, deixando de uma vez por todas a posição “café com leite” nesta História.”²¹ (p. 191)

Presente

Neste tópico, buscaremos trazer os principais temas e desdobramentos do Fórum Municipal de Saúde Mental do município de São Paulo, evidenciando sua metodologia, suas potencialidades e seus impasses. Para tal, nos baseamos nas atas/memórias que tivemos acesso (após contato com ex-representantes da SMS e acervo próprio das autoras) que totalizaram 27 registros: 20 atas do período de agosto de 2016 a novembro

X Fala de Marcia Innocencio Moreno, profissional que compôs a equipe da área técnica de saúde mental da SMS da cidade de São Paulo, proferida no Fórum Municipal de Saúde Mental infantojuvenil de São Paulo, realizado pelo Caps-IJ Penha, em 7 de abril de 2022.

de 2018; 1 ata de 2019 e 6 atas de janeiro de 2022 a janeiro de 2023. Diante disso, cabe destacar que os elementos apresentados a seguir derivam de um recorte e não representam a totalidade do que foi discutido e experimentado nesse espaço, sendo a expressão de fragmentos que compuseram esses encontros a partir da leitura das autoras desta produção.

Iniciaremos pela metodologia dos encontros que, de forma geral, privilegiavam um espaço de debate acerca de algum tema, proporcionando a troca de experiências entre trabalhadores, gestores e usuários dos diferentes CAPS infanto juvenis da cidade e de outros serviços da rede intra e intersetorial^{XI}. A constituição de um espaço democrático e criativo, onde todos tinham voz e eram ouvidos, era algo sustentado pelo coletivo. A partir desse pressuposto, a coordenação e a forma de conduzir o Fórum era de responsabilidade do CAPS-IJ anfitrião, que tinha autonomia para conduzir o encontro no formato que escolhesse. As metodologias: roda de conversa, divisão dos participantes em pequenos grupos para discussão – motivada por perguntas norteadoras ou exibição de mídias – e a leitura de documentos oficiais foram as estratégias mais utilizadas para a condução dos encontros.

Outra marca importante, que constituiu a metodologia do Fórum foi a participação dos usuários e familiares acompanhados nos CAPS-IJ anfitriões que, em sua maioria, se dava a partir de falas e depoimentos ou por meio de intervenções culturais, em que o tema era explorado por meio de diferentes linguagens, como poesias, músicas, apresentações cênicas ou musicais e manifestações artísticas diversas. Em alguns momentos, nesse percurso, a fim de fomentar e ampliar a participação de usuários nesse espaço, utilizou-se a estratégia de realizar atividades culturais, como por exemplo a organização de Sarau, com espaços livres para apresentações e falas de crianças e adolescentes, em um movimento de trocas entre os diferentes territórios. Nesses Fóruns, a diversidade se fazia presente, assim como a possibilidade de pertencimento e reconhecimen-

XI A composição dos participantes dos Fóruns, em sua maioria, era de trabalhadores e gestores de CAPS infantojuvenil. Verificamos que a participação da rede intersetorial, de usuários e familiares, se dava de maneira mais expressiva por atores do território em que o Fórum acontecia. Sendo esse um importante desafio a ser enfrentado

to no outro, num fazer coletivo traduzido no singular. Cabe destacar a relevância dessas participações em pelo menos dois aspectos: o fomento ao protagonismo dos usuários e familiares nesse espaço e a utilização de outras linguagens, que não acadêmicas e técnicas, para abordar temas relevantes para o público infantojuvenil.

Com relação às temáticas, ao final dos encontros separava-se um tempo para definir qual seria o tema do próximo Fórum, muitas vezes, escolhido por consenso entre os presentes. Ao visitarmos as atas/registros dos Fóruns, aos quais tivemos acesso, constatamos que os temas se concentravam nas discussões acerca de problemáticas consideradas desafiadoras na atenção psicossocial de crianças e adolescentes, entre elas:

- a) atenção à crise (o papel dos CAPS-IJ III; acolhimento integral e noturno; relação entre CAPS-IJ II e CAPS-IJ III; disputas entre o paradigma psicossocial e o paradigma manicomial; desafios da atenção à crise nos territórios);
- b) atenção a crianças e adolescentes usuárias de drogas (atenção a esse público nos CAPS-IJ, redução de danos na infância e juventude; desafios, potências e estratégias de atenção junto a essa população; CAPS-IJ na rua);
- c) atenção a crianças e adolescentes com comportamento de autolesão e tentativa de suicídio;
- d) construção de redes (desafios na constituição de redes intra e intersetoriais; o lugar do autista);
- e) acompanhamento de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em meio fechado (Fundação Casa);
- f) autonomia e participação social de crianças e adolescentes;
- g) luta antimanicomial infantojuvenil; saúde do trabalhador; e

h) recentemente, discussões acerca de práticas afrorreferenciadas no cuidado em liberdade, junto ao processo de cuidado ao público infantojuvenil.

As discussões seguiam na direção, tanto de uma aproximação com o tema e compartilhamento das experiências relatadas pelos usuários, trabalhadores e gestores, fomentando a troca e o aprendizado coletivo, enquanto se configuravam, em alguma medida, proporções macro, no sentido de enunciar-se diretrizes para a atenção ofertada a esse público. Nesse sentido, as temáticas, por sua complexidade, se desdobravam em outras inúmeras temáticas, ampliando o debate na perspectiva de problematizar questões e construir coletivamente alinhamentos que se constituíssem como diretrizes do município para o cuidado dessa população.

As discussões eram permeadas de tensões e divergências, o que é inerente a espaços democráticos que se abrem à diversidade. Mas partia-se do pressuposto de que a atenção ao público infantojuvenil, no âmbito da saúde mental, deveria pautar-se nos princípios da atenção psicossocial, considerando as especificidades que esse público requer. A partir desse ponto de partida, ponderava-se a necessidade de seguir aprofundando a discussão, podendo alcançar consensos negociados com todos os presentes ou seguir com a discussão para o próximo encontro.

Destacamos aqui algumas das diretrizes, de forma compilada, que emergiram dos encontros do Fórum e que certamente contribuem para a sustentação da produção de um cuidado na perspectiva antimanicomial:

- *atenção à crise*: necessidade de ampliação da discussão acerca da compreensão do sofrimento de crianças e adolescentes para além da saúde, afirmando a necessidade de constituir uma rede intersectorial de cuidado, superando a lógica do encaminhamento e propondo a lógica do enlaçamento; busca por superar a lógica da patologização e propor a lógica do acolhimento, do olhar para o sujeito, seu sofrimento, sua subjetividade e seu contexto, e não exclusivamente para a doença; combater a medicalização e judicialização de crianças e adolescentes, em uma perspectiva de desconstrução da demanda de saúde mental; atuar na direção da garantia e proteção

dos direitos de crianças, adolescentes e suas famílias.

Especificamente sobre os CAPS-IJ III^{XII} : necessidade de maior articulação entre CAPS-IJ III e CAPS IJ II compreendendo que a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário que está nos dois serviços deve ser compartilhada; necessidade de maior escuta das demandas das crianças e adolescentes nas criações de fluxos; necessidade de maior aproximação e cuidado para com familiares; necessidade de estabelecimento de critérios objetivos para inserção em acolhimento integral em CAPS-IJ III, sem engessá-los; desconstrução das terminologias que refletem o paradigma manicomial como, por exemplo, o uso de “internação em CAPS” para “acolhida noturna/integral em CAPS” e “leitos em CAPS” para “camas em CAPS”;

- *atenção a crianças e adolescentes usuárias de drogas*: o lugar de cuidado para essa população é no CAPS-IJ; as intervenções devem ser desenvolvidas na perspectiva da Redução de Danos, sendo necessário um afastamento de compreensões moralistas da questão e uma aproximação com intervenções que facilitem o acesso aos serviços e que fomentem a criação conjunta de ocupações brincantes nos equipamentos e no território, para além da oferta de insumos; intersetorialidade deve ser o dispositivo operacionalizador do cuidado; intervenções devem contemplar ações no território (CAPS-IJ na rua) a fim de que a construção do cuidado possa contemplar os lugares de vida e circulação da molecada, acompanhando seus movimentos nômades; é preciso assumir a redução de danos como paradigma ético que deve transversalizar as ações de todos os profissionais dos CAPS-IJ;

XII O município de São Paulo conta com CAPS-IJ na modalidade III, ou seja, que funcionam 24h. Esta modalidade de serviço, para o público infantojuvenil, não está presente nas portarias ministeriais, mas a cidade de São Paulo, como apontam Tykanori e colegas compreendem que o cuidado não deve sofrer descontinuidade, partindo do pressuposto que “o lugar de acolhimento em Saúde Mental de adolescentes é no Caps Infantojuvenil, pois o uso de drogas, um transtorno mental ou uma “crise” de qualquer ordem que demande cuidado em Saúde Mental não lhes tornam adultos, e não lhes subtraem da condição de pessoas em desenvolvimento tal qual o artigo 6º do ECA”²² (p.66).

- *atenção a crianças e adolescentes com comportamento de autoleção e tentativa de suicídio*: compreensão de que não existem tecnologias simples para o manejo dessa questão, mas a direção da produção do cuidado deve se pautar na singularidade e no acolhimento, no fortalecimento da rede pessoal, intra e intersetorial, na compreensão de que ofertar intensidade de atenção significa também considerar o sujeito como cidadão ativo circulante nos inúmeros espaços e que o cuidado intensivo não deve ser apenas dentro do CAPS IJ;
- *autonomia na infância e adolescência*: autonomia não significa fazer sozinho, mas sim, ter possibilidades de ser sujeito na construção de um processo a partir da garantia de direitos desde o cuidado em saúde, ao âmbito educacional, assistencial, familiar, cultural, psíquico e social;
- *saúde do trabalhador*: apontada a necessidade urgente de supervisão clínico-institucional para os CAPS-IJ, compreendendo-se a importância desse dispositivo como qualificação das práticas e espaço de cuidado aos trabalhadores; necessidade de garantia de condições adequadas de trabalho e manutenção de número suficiente de trabalhadores nos serviços;
- *juventude e participação social*: busca por fomentar a participação de crianças e adolescentes nas tomadas de decisões quanto ao cuidado a ser produzido; necessidade de fortalecer os Conselhos Gestores e as Assembleias dos serviços, incluindo espaços para protagonismo infantojuvenil;
- *cuidado da população negra*: afirmação da centralidade da racialidade nos serviços; convocação de todos para a implementação de ferramentas antirracistas; necessidade de construir no processo de cuidado espaços que referenciam a estética preta (brinquedos e outros símbolos, como a cultura hip-hop) e a inclusão de práti-

cas aforreferenciadas; necessidade de investimento em espaços de educação permanente quanto a essas questões.

Cabe destacar que em 2020, com a Pandemia Mundial de Covid-19, tornou-se inviável a realização do Fórum de forma presencial. Por alguns meses esse espaço deixou de existir. Partindo da mobilização de profissionais dos CAPS-IJ, o espaço foi retomado na modalidade online, demonstrando sua importância para a sustentação do encontro e de trocas entre os atores que compõem a rede de atenção psicossocial de crianças e adolescentes. Nesse momento, porém, atravessados pelos desafios impostos pela pandemia, os trabalhadores e gestores dos CAPS-IJ assumiram com mais expressividade a participação nos Fóruns. Esse espaço foi de extrema relevância para que fosse possível reinventar formas de cuidado, exigindo novas maneiras de estar com os usuários. No Fórum era possível discutir e compartilhar experiências do cotidiano imposto e contribuir de modo horizontal com a manutenção e criação de estratégias de cuidado psicossocial.

A partir das trocas de experiências e invenções de um território ou serviço, outros serviços se mobilizaram. Foram descritas ações como: visitas domiciliares no portão ou realização de “serenatas” aos usuários e familiares (modo divertido de realizar visitas paramentadas e do lado de fora com a finalidade de demonstrar presença em um período hostil), atendimentos por telefone e *online*, contato *online* com instituições que compõem a rede socioassistencial, como por exemplo reuniões regulares com as escolas; uso de redes sociais como aproximação dos usuários, realização de visitas online (onde o usuário atendia a videochamadas dos trabalhadores e apresentava sua casa, a partir de sua perspectiva).

Outro aspecto importante que compôs a metodologia dos Fóruns diz respeito a este ser um espaço deliberativo e que fomentava propostas a serem encaminhadas a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), contendo reivindicações acerca de melhores condições materiais, de recursos humanos e de criação de novos equipamentos para a efetivação do cuidado (ampliação de equipe, abertura de novos serviços, qualificação de CAPS tipo II para tipo III; implantação de pelo menos um CAPS-IJ III por região na cidade, a fim de ampliar o acesso da população infantojuvenil

a esse dispositivo). Em determinados períodos houve um afastamento da gestão municipal e o coletivo do Fórum reivindicou a participação dos gerentes e da gestão municipal nos encontros, compreendendo a importância da participação dessas instâncias para a efetivação das propostas construídas ali.

O Fórum também buscava fomentar que as discussões produzidas naquele espaço, pudessem ser capilarizadas, para todos os serviços e atores que compunham a rede de atenção psicossocial de crianças e adolescentes. As pactuações iam na direção de ampliar o convite para a participação de outros parceiros da rede (saúde, assistência, educação, jurídico, cultura, lazer, etc.), solicitações para que os representantes presentes se comprometessem a levar as discussões do Fórum para seus serviços de origem, até a composição de grupos de trabalhos temáticos e produção de documentos norteadores. Um desdobramento importante, foi a criação do “Protocolo que estabelece critérios para atenção à crise em saúde mental a crianças e adolescentes”, construído coletivamente entre gestão (SMS) e trabalhadores dos CAPS-IJ, estabelecendo diretrizes tanto para o funcionamento dos CAPS-IJ, como para a relação entre CAPS-IJ II e CAPS-IJ III, além de sustentar as diretrizes do paradigma psicossocial no cuidado à população infantojuvenil.

Apostamos no Fórum enquanto um dispositivo que pode gerar e produzir potentes discussões e pactuações no coletivo. Para isso, compreendemos que as discussões realizadas devem alcançar a todos. O trabalho do Fórum não se encerra no Fórum. Quem participa do encontro tem o compromisso de levar essa discussão adiante, assumindo a responsabilidade de efetivar a capilaridade das discussões e propostas. Com isso, esperamos ser possível que se assumam, de forma coletiva, um compromisso ético-político com o cuidado em liberdade e sem controle para crianças e adolescentes.

Concluimos que o processo de constituição e permanente construção do Fórum não aconteceu de forma linear e muitos foram os avanços e retrocessos que o atravessaram. Porém, esse dispositivo tem contribuído para a produção de debates e de trocas de experiências/ideias/conhecimentos acerca da atenção psicossocial infantojuvenil, construindo com e para o coletivo enunciados que, apesar dos diferentes territórios, equipes,

gestão, recursos etc... possam nortear e sustentar a produção do cuidado antimanicomial.

Futuro

Temos o compromisso premente de nos debruçarmos sobre as necessidades de crianças, adolescentes e suas famílias e desenvolver referenciais, estratégias e práticas específicas para o campo. Neste sentido, convidamos a todos para agregarem à luta antimanicomial a perspectiva da infância e juventude. Ao assumirmos esse compromisso é imperativo que não tomemos o lugar de fala/expressão de crianças e adolescentes, e possamos sustentar o protagonismo na construção de seu cuidado, combatendo a medicalização e patologização que incide sobre esse público. Com esse compromisso firmado, é que viabilizaremos o lugar de amparo enquanto adultos para que a liberdade de ser criança e adolescente também impere de acordo com suas responsabilidades possíveis.

Destacamos a necessidade de construir garantias concretas de participação de crianças e adolescentes, a fim de que possam assumir o papel de protagonistas na luta pela construção e garantia de direitos²³. Essa construção deve ser realizada com todos: trabalhadores, gestores, rede intersetorial, comunidade, famílias, resgatando a potência de um movimento social que se dá no e para o coletivo, abraçando diferentes formas de linguagem e diversidade a fim de incluir a perspectiva das infâncias, adolescências e juventudes.

O Fórum é importante espaço para caminhar nessa direção. É um dispositivo de legitimação das decisões coletivas e deve ser construído a partir de encontros intersetoriais, democráticos, participativos, tendo crianças, adolescentes e suas famílias como protagonistas. A direção é para a emancipação e defesa de direitos de crianças e adolescentes, a partir de um compromisso ético-político da construção de uma sociedade sem práticas manicomiais, o que quer dizer, uma sociedade diversa, democrática, sem controle e que sustente o cuidado em liberdade.

Gostaríamos que a experiência relatada até aqui possa inspirar outras redes intersetoriais de atenção a crianças e adolescentes, não como algo a ser reproduzido da mesma forma, o que seria inviável, dada a na-

tureza singular de cada território, mas sim como uma experiência que potencializa a força que é gerada quando um coletivo se debruça em um objetivo comum.

“Por isso que os nossos velhos dizem: “Você não pode se esquecer de onde você é e nem de onde você veio, porque assim você sabe quem você é e para onde você vai.” Isso não é importante só para a pessoa do indivíduo, é importante para o coletivo, é importante para uma comunidade humana saber quem ela é, saber para onde ela está indo.”

(A. Krenak)²⁴

Referências

1. Bosi E. Memória e sociedade: Lembranças de velhos. 3 ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1994.
2. Nicácio F, Campos GWS. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2004; 15(2):71-81.
3. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 4 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
4. Fernandes ADSA, Matsukura TS, Lussi AO, Ferigaro SH, Morato GG. Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. 2020; 28(2):725-740.
5. Reis AOA, Delfini PSS, Dombi-Barbosa C, Oliveira MFAPB. Crianças e Adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos centros de atenção psicossocial infanto-juvenis. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka, OU, organizadores. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec; 2010.
6. Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. Rev. Bras. Psiquiatr [internet]. 2008 [acesso em 20 mar 2023]; 30(4):384-389. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/>

upload/chamadas/anaisiencontromunicipaldesaudementalinfantojuvenil22122016_1482430629.pdf

7. Ministério da Saúde (BR). Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília (DF); 2005.
8. Costa-Rosa A. Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Unesp; 2013.
9. Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
10. 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 União. 16 jul 1990.
11. Brasil. Lei Federal nº 10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 6 abr 2001.
12. Brasil. 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. Diário Oficial da União. 9 abr 2001.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Regulamenta as modalidades de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e estabelece normas de funcionamento e composição de equipe.
14. Ramos FAC. Prefácio. Lauridsen-Ribeiro E, Lykoropoulos CB, organizadores. O CAPS-I e o desafio da gestão em rede. São Paulo: Hucitec; 2016.
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.608, de 3 de agosto de 2004. Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes.
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações: de 2005 a 2012. Brasília (DF); 2014.

17. Brasil. Portaria n ° 3.088. 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); 2011.
18. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional do Ministério Público. Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS tecendo redes para garantir direitos. Brasília (DF); 2014.
19. Almeida JMC. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cad. saúde pública* [internet]. 2019 [acesso em 18 jul 2023]; 35(11):e00129519. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KMwv8DrW37NzpmvL4WkHcdC/?lang=pt>
20. Tykanori R. Saúde mental e de braços abertos. Brasília: OPAS; 2017.
21. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. I Encontro Municipal de CAPS Infantojuvenil – CAPS ij, Relatos das Rodas de Conversa; 2016.
22. Jerusalinsky J, Moreno MI, Pimentel FA. A era da palmatória química e da camisa de força tarja preta: medicalização versus reconhecimento do sofrimento psíquico da criança na polis. In: Catão I, organizador. *Mal-estar na infância e medicalização do sofrimento: quando a brincadeira fica sem graça*. Salvador: Ágalma; 2020.
23. Braga CP, D'Oliveira AFPL. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019; 24 (2):401-410.
24. Krenak A. Narrativa Krenak: o eterno retorno do encontro [internet]. 2013 [acesso em 20 jan 2023]. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/narrativa-krenak-o-eterno-retorno-do-encontro/>

Assim, abordamos a adolescência e juventude, discutindo:

- suas condições econômicas, raciais, patriarcais e também de gênero e orientação sexual LGBTQIA+;
- o panorama da Saúde Mental do estado, limites e possibilidades e a proposta de “Linha de Cuidado da Adolescência e Juventude para o SUS-SP”;
- a medicalização realizada, a ocorrência de suicídios, além do envolvimento com drogas;
- o manejo diante de crises, a importância dos PTS e dos Pontos de Cultura, Economia Solidária e CECCOs, o enfrentamento à violência e a iniciativa do Fórum Municipal de Saúde Mental;
- e a promoção de Saúde em situação de vulnerabilidade social e em medida socioeducativa.

Esperamos, assim, contribuir para que profissionais e gestores de serviços que atuam com esse público discutam e promovam a Saúde Mental desses sujeitos, que são o futuro do País.

Regina Figueiredo

Instituto de Saúde/SES-SP

Alina Zoqui de Freitas Cayres

Área Técnica de Saúde Mental/SES-SP

Maria Ermínia Ciliberti

COSEMS/SP



PROGRAMA
AUTOESTIMA



Secretaria da
Saúde



SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO
SÃO PAULO SÃO TODOS