

Discursos sobre as demandas de saúde mental de jovens cumprindo medida de internação no Rio de Janeiro, Brasil

Discourses about mental health demands of young offenders serving detention measure in juvenile correctional centers in Rio de Janeiro, Brazil

Débora Stephanie Ribeiro (<http://orcid.org/0000-0002-8557-1034>)¹

Fernanda Mendes Lages Ribeiro (<https://orcid.org/0000-0002-3766-9758>)¹

Suely Ferreira Deslandes (<http://orcid.org/0000-0002-7062-3604>)²

Abstract *This paper aims to analyze the discursive conceptions of what is considered mental health demand of young offenders serving detention measure in juvenile correctional centers in Rio de Janeiro. Nine interviews were conducted with the mental health professionals of these centers, and the results were discussed with the support of Fairclough's critical discourse analysis. Four discursive groups were identified: the first shows intertextuality with the psychiatric discourse; the second, with the Psychiatric Reform; the third, with the discourse of social determinants; and the fourth, with institutional discourses about adolescents' misbehavior. It is concluded that the conceptions are different among the professionals, but there is no single predominant discourse. The statements are related and especially linked through the discussion of social determinants. Health professionals and social workers as demand vocalizers are overvalued. Adolescents are barely given the opportunity of directly exposing their needs, and demands are mediated by technicians. We identified conflicts between staff members working in the care flow concerning the misbehavior-associated demands because some referrals are unrelated to mental health issues.*

Key words *Mental health, Adolescent, Institutionalized, Health of institutionalized adolescents*

Resumo *Este artigo tem como objetivo analisar as concepções discursivas do que é considerado demanda de saúde mental dos adolescentes cumprindo medida de internação nas unidades socioeducativas do Rio de Janeiro. Realizaram-se nove entrevistas com os profissionais de saúde mental do sistema socioeducativo e os resultados foram discutidos com o apoio da análise de discurso crítica de Fairclough. Foram identificados quatro grupos discursivos: o primeiro apresenta intertextualidade com o discurso psiquiátrico, o segundo com a reforma psiquiátrica, o terceiro com o discurso de determinantes sociais e o quarto com discursos institucionais de "mau" comportamento dos jovens. Conclui-se que as concepções são distintas entre os profissionais, mas não há hegemonia de um discurso. Os discursos se atravessam e se conectam especialmente na problematização dos determinantes sociais. Há sobrevalorização dos profissionais de saúde e de assistência enquanto vocalizadores das demandas. Os adolescentes têm poucas chances de expor diretamente suas necessidades e estas aparecem intermediadas pelos técnicos. Identificaram-se conflitos entre as equipes que atuam no fluxo assistencial nas demandas associadas ao "mau comportamento", pois há encaminhamentos dissociados de questões de saúde mental.*

Palavras-chave *Saúde mental, Adolescente institucionalizado, Saúde do adolescente institucionalizado*

¹ Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. Av. Brasil 4036/700, Manguinhos. 21040-361 Rio de Janeiro RJ Brasil. debora.seds@gmail.com

² Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

Os problemas de saúde mental atingem de 12% a 24,6% das crianças e dos adolescentes brasileiros¹, não sendo portanto um fenômeno raro. Entre os adolescentes em conflito com a lei, são recorrentes os diagnósticos de transtorno - podendo chegar em alguns estudos a quase 100% entre internados².

O Estatuto da Criança e do Adolescente prevê a aplicação de medidas socioeducativas a adolescentes em caso de ato infracional, entre elas a internação em estabelecimento educacional³. O Departamento Geral de Ações Socioeducativas (Degase) realiza a gestão do sistema socioeducativo do Rio de Janeiro e é responsável por todas as unidades de internação do estado.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) tem como foco os adolescentes que cumprem medida de internação. Propõe que a equipe de atenção básica do território que é referência para a unidade socioeducativa faça a articulação com os serviços da rede⁴.

No Degase, a Coordenação de Saúde Integral e Reinserção Social (CSIRS) coordena a implantação da PNAISARI nas unidades socioeducativas. Nesse arranjo, estão previstas equipes de saúde mental para todas as unidades de internação e pretende-se que desenvolvam ações de prevenção de agravos, escuta subjetiva e articulação com a rede de saúde mental⁵.

No entanto, as unidades de internação enfrentam diversas dificuldades, sobretudo relacionadas à superlotação. Tais condições inadequadas de funcionamento têm sido denunciadas pela imprensa⁶ e por entidades de defesa de direitos⁷.

O objetivo deste artigo é analisar a ótica de profissionais de saúde mental que atuam no sistema socioeducativo do Rio de Janeiro sobre as demandas de saúde mental dos adolescentes. Nesse sentido, demandas se distinguem de necessidades, sendo estas individuais e variando conforme a classe social, o território, entre outros aspectos⁸. As demandas existem para determinadas “ofertas” de saúde. Nem sempre as necessidades de saúde podem ser resolvidas por meio da oferta de serviços ou se refletem no que é de fato ofertado⁹.

Buscamos compreender como é construído discursivamente o reconhecimento do que seja uma demanda de saúde mental desses adolescentes que possa ser identificada, direcionada e atendida pelas equipes das unidades de internação.

Metodologia

O sistema socioeducativo do Rio de Janeiro possui seis unidades de internação. Os sujeitos da pesquisa foram profissionais das equipes de saúde mental de duas unidades (uma masculina e outra feminina) e da equipe da CSIRS. Foram realizadas 09 entrevistas semiestruturadas¹⁰ entre julho e agosto de 2016, todas individuais e em profundidade, reunindo 04 psicólogos, 2 assistentes sociais, 1 psiquiatra, 1 musicoterapeuta e 1 terapeuta ocupacional. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública.

No roteiro de entrevista foram abordados temas como organização e atribuições das equipes de saúde mental, principais demandas e a maneira como são atendidas, articulação com as redes de atenção à saúde, dificuldades e propostas de melhoria. A duração das entrevistas variou muito, sendo a mais curta de 16 minutos e a mais extensa de 150 minutos. A duração média foi de 47 minutos, mas a maior parte das entrevistas durou até 50 minutos.

A Análise de Discurso Crítica (ADC) foi o método empregado nesse estudo. Para Fairclough¹¹ o discurso representa um modo de agir e de representar o mundo. São três os efeitos do discurso: contribui para a construção de identidades sociais, influencia a construção das relações sociais entre as pessoas e impacta na construção de “sistemas de conhecimento e crença”.

Fairclough¹¹ propõe um quadro tridimensional como referência para esta análise. A primeira dimensão constitui a análise textual do discurso, considerando quatro itens: vocabulário, gramática, coesão e estrutura textual. Na segunda dimensão, denominada prática discursiva, é identificada a relação entre discurso e estrutura social. Neste aspecto, é proposta uma análise de como os textos (enquanto produções discursivas) são produzidos, interpretados, distribuídos e consumidos. Nesta dimensão há reflexão sobre a coerência do discurso e sobre a ação social realizada. Também são analisadas as intertextualidades (diálogos com outros textos) e as interdiscursividades. A terceira e última dimensão prevê a análise do discurso como prática social, o que contempla a identificação de relações de poder e de ideologias.

Os resultados foram analisados por temas e em cada um deles foram discutidos e destacados elementos textuais de coesão e gramática, bem como as formas de construção da realidade social pelos entrevistados e pelos grupos sociais que representam.

Foi analisado o uso de recursos como modalidade (termos que indicam o grau de implicação com as afirmações feitas), interdiscursividade, lexicalização de palavras (múltiplos significados de um vocábulo), criação de palavras, nominalização (recursos textuais de transformação de uma condição temporária em uma propriedade; processos em objetos ou coisas), metáforas, uso de negações e de pressuposições, ironia e termos com sentido de polidez¹¹.

Resultados e discussão

O contexto enunciativo: as equipes de saúde mental e de medida

Durante as entrevistas, foi possível compreender que existe um fluxo interno nas unidades para os encaminhamentos dos adolescentes para atendimento pelas equipes de saúde mental que denota certa desigualdade de poder para identificar e priorizar as demandas.

Em cada unidade existe a equipe de medida, com psicólogo, pedagogo e assistente social, responsável pelo acompanhamento dos processos judiciais e pela elaboração dos relatórios para as audiências. Essa equipe tem contato com todos os adolescentes e é a principal responsável por encaminhá-los às equipes de saúde mental.

As equipes de saúde mental são responsáveis pelos atendimentos individuais, pelas famílias, pela realização de grupos e articulação com a rede de atenção à saúde do território. São compostas por profissionais como psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e musicoterapeuta. Há médicos psiquiatras, mas eles não integram uma equipe.

Concepção das demandas de saúde mental

“Então isso é bioquímica”: intertextualidade de manifesta com o discurso psiquiátrico

O primeiro bloco discursivo apresentou forte intertextualidade com o discurso psiquiátrico e se caracteriza por associar as demandas de saúde mental às mudanças bioquímicas cerebrais durante a adolescência.

A construção dos argumentos desse discurso inicia com uma explicação sobre o que significa a adolescência do “ponto de vista físico, do ponto de vista biológico”.

Na adolescência a gente já tem um outro fenômeno que é o da poda neuronal [...]. Esse fenômeno da poda neuronal faz com que os neurotransmis-

sores fiquem flutuando, fiquem flutuando. (Entrevista 2)

Apesar de repleto de léxicos técnicos, o sentido do enunciado é completado com expressões do mundo cotidiano (“flutuando”), como se verifica em outros estudos sobre os discursos científicos para fins didáticos¹².

Reiterando o tom pedagógico, num esquema de perguntas e respostas, a relação entre explicação biológica e demandas de saúde mental é apresentada, reforçando sua coesão (uso do advérbio “então”, afirmando a ideia de conclusão):

Então o que é essa flutuação dos neurotransmissores? São as alterações de humor. Então ela é própria do adolescente. [...]. Então qual é o principal problema? As alterações de humor. (Entrevista 2)

As alterações de humor são, portanto, definidas como de origem biológica, naturais do processo de desenvolvimento do cérebro. Tais alterações fazem com que o adolescente busque o equilíbrio para estabilizar o humor e para tal ele procura maneiras de produzir “endorfina e adrenalina”. A teoria da neurotransmissão, apesar de algumas críticas a seus pilares, é frequentemente adotada como explicação causal para questões de saúde mental identificadas em crianças e adolescentes¹³.

Então, por isso que se fala, ah não raciocina, vulnerabilidade biológica. (Entrevista 2)

Nesse curto trecho observa-se a invocação de uma percepção do senso comum (o adolescente não é capaz de raciocinar, pois age movido pelas emoções), com o uso do sujeito indeterminado no verbo falar. Em seguida, introduz-se o termo “vulnerabilidade biológica”, resgatando esse conceito circulante no campo da saúde coletiva para compreensão dos fenômenos saúde-doença. Há nesse momento uma aproximação entre o discurso da psiquiatria, o senso comum e o discurso da saúde coletiva.

Além das alterações de humor, são destacados também o déficit de atenção, a hiperatividade, os quadros depressivos pós-internação e o transtorno de estresse pós-traumático. Todavia, para esse segundo grupo de demandas não há a mesma preocupação em contextualizar a origem das questões apresentadas. As falas têm uma natureza instrutiva. A psiquiatria biológica se caracteriza como um poderoso dispositivo de controle por ser abrangente e global. As intervenções, especialmente as farmacológicas, não têm mais como foco os portadores de transtornos mentais, mas principalmente aqueles “normais” com problemas como insônia, tristeza, dores^{14,15}.

Se por um lado a explicação de ancoragem psiquiátrica não faz discernimento de origem social, incluindo todos os adolescentes sob o mesmo padrão de “vulnerabilidade biológica”, entende que tais condições são acirradas pela falta de oportunidades sociais e pela inexistência de “supervisão” pelas famílias.

As situações de vulnerabilidade são relacionais e não estáticas e seu entendimento exige que o olhar supere o aspecto individual do sofrimento e alcance a realidade social associada¹⁶. Em pesquisa realizada com equipes de CAPSi, considerou-se representativo o entendimento do transtorno como transitório, podendo apresentar altos e baixos, o que dificulta a classificação estática de uma demanda enquanto grave ou não grave, bem como a definição de diagnósticos descontextualizados e definitivos¹⁷.

As “demandas de sofrimento”: intertextualidade com o discurso da reforma psiquiátrica

Foram identificadas referências ao discurso da reforma psiquiátrica em diversos momentos, enunciadas mesmo entre aqueles que não têm formação na área de saúde mental (assistentes sociais). As demandas de saúde mental são concebidas de duas maneiras: seja pela negação de diagnóstico de transtorno, mas com reconhecimento de um sofrimento mental intenso, seja pelo conjunto de queixas. Há uma preocupação em não rotular os adolescentes, em não os definir a partir de uma patologia, superando os estigmas da doença mental. Os enunciados ecoam os princípios do movimento de reforma psiquiátrica no Brasil^{18,19}.

Algumas características gramaticais são comuns nesse modelo de discurso, como o uso de modalizações.

Quando é encaminhada pela equipe de medida, porque elas observam assim um certo sofrimento psíquico, assim, uma situação de angústia [...] (Entrevista 4)

[...] outra queixa comum delas é insônia. Insônia por vários motivos, um porque tá numa situação adversa mesmo, né [...] (Entrevista 4)

No primeiro trecho, as palavras “um certo” e “situação” atenuam o sentido do que é inserido logo depois, assim como o termo “adversa” do segundo trecho. Destaca-se o uso dos vocábulos “queixa” e “sofrimento”, que substituem o uso de outros termos como patologia e doença^{18,19}.

O sofrimento psíquico é um dos critérios para a equipe estruturar atendimentos e intervenções. Sofrimento é um contraponto às pro-

postas delimitadas de diagnóstico, que tendem a um reducionismo da doença que “fala por si própria” sem contextualização das demandas de cada adolescente. Outra pesquisa com profissionais de CAPSi aponta que estes privilegiam a questão do sofrimento, considerando que os jovens sem quadro clínico delimitado mas com situações familiares e sociais frágeis podem ser vistos como casos de maior gravidade em relação a outros¹⁷.

Em outros trechos é expressamente colocada a orientação de que não se deve efetuar diagnósticos de adolescentes:

Eu não trabalho com patologia, entendeu, até porque eu já não acreditava nisso [...], eu passei realmente a rechaçar qualquer tipo de ‘ah, é bipolar’, isso aí pra mim não interessa [...] (Entrevista 7)

Mas alguns transtornos [...], a gente não pode diagnosticar, né, são adolescentes, ainda estão em formação (...) (Entrevista 3)

Na primeira citação, o sujeito “eu” indica autoria. A forma como o entrevistado se coloca mostra segurança quanto à decisão pessoal de não realizar diagnósticos. Na segunda citação há um sentido distinto, de ordem, como se houvesse uma orientação de que não sejam feitos diagnósticos. Nessa última o sujeito é “a gente”, coletivo, indicando uma possível prática comum e consensual.

Nas falas representativas desse grupo de discursos há um destaque para as demandas relacionadas à insônia, uso de drogas, sofrimento, angústia, ansiedade. Tal percepção é consoante à pesquisa no Distrito Federal em 35 prontuários dos adolescentes usuários de medicamentos psicotrópicos em uma unidade de internação que apontou como principais demandas de saúde mental: insônia, uso abusivo de drogas, ideação suicida, automutilação e depressão, nessa ordem².

A concepção mais ampliada do que seria demanda de saúde mental é representada a seguir:

Então seriam os meninos que estão num momento de crise. O que... que a gente tá falando de crise? Bem amplo mesmo [...], então, assim, não tem um critério super específico, né [...] (Entrevista 8)

Muitas vezes é uma dessas questões – o menino tá num nível de angústia muito grande, por alguma razão, e dentre essas razões o mais comum é meninos de primeira internação, é muito comum que fiquem muito mobilizados, e que é bom, né, (...) porque aqui não é um lugar bacaninha que você vai ficar feliz de tá, né, nenhum adolescente. (Entrevista 8)

No primeiro trecho chama atenção a oposição entre ter e não ter um critério para definir o

que significa a crise em saúde mental. A palavra “super” dá uma ideia de ironia ao se referir à especificidade do critério de classificação das crises.

Na segunda citação, há uma diferença no uso do termo “meninos” se referindo aos adolescentes que estão cumprindo medida socioeducativa e o termo “adolescente” para se referir à população em geral. Nessa última fala há a introdução de um elemento novo, em que o entrevistado reconhece que o sofrimento dos adolescentes quando vão para as unidades de internação é um sinal de saúde, já que a apatia é que seria vista com estranhamento. Esse novo elemento representa uma descontinuidade no discurso.

“Esses meninos vivem sem supervisão”, “eles não têm condição nenhuma de viver o mundo que eles vivem”: intertextualidade com o discurso de determinantes sociais.

É possível identificar explicações das demandas de saúde mental associadas às condições socioeconômicas em que viviam os adolescentes antes da chegada à unidade. Esse discurso aparece relacionado aos anteriores.

As questões “naturais” de saúde mental na adolescência apontadas pela referência discursiva da psiquiatria são relacionadas à situação de pobreza dos adolescentes, bem como à falta de supervisão da família e à ausência de proteção social por meio de políticas públicas. Essa associação não é nova na literatura. Lugon¹³ sustenta que o diagnóstico enquanto processo inclui, além da dimensão biológica, o olhar sobre o contexto em que o adolescente vive, considerando que outros aspectos subjetivos e micro/macro políticos se inter-relacionam com o desenvolvimento do cérebro nessa etapa da vida.

Os termos grifados são usados para caracterizar a condição social em que se encontram os adolescentes pobres: “desamparo”, “sem supervisão”, supervisão “precária”. Na construção da argumentação, esses elementos de instabilidade apontam para o desfecho de que “adolescente sozinho não vai sobreviver” – expressão enfatizada com repetições no terceiro trecho.

Então isso, por isso que a nossa preocupação é com o desamparo, com o desamparo, tanto da saúde como das políticas públicas [...], das instituições. (Entrevista 2)

Mas esses meninos, eles vivem sem supervisão. Ou com uma supervisão que é precária das avós que não dão conta [...] (Entrevista 2)

Adolescente sozinho não vai sobreviver, não vai sobreviver, ele não tem como sobreviver. Não tem como sobreviver. (Entrevista 2)

É interessante destacar a ênfase de teor crítico dada ao “desamparo” do Estado (“da saúde” e “das políticas públicas”), personificado na ausência de políticas públicas. Também Wacquant²⁰ verifica esse desamparo nos Estados Unidos com a redução das políticas de proteção social do Estado de Bem Estar e o aumento das políticas de cunho penal. O Estado amplia sua capacidade de punir e de encarcerar, também os adolescentes pobres, principal público-alvo das medidas de internação, reafirmando a criminalização da pobreza.

As orações destacadas possuem diversos verbos no presente e são categóricas, caracterizando um determinismo nas associações feitas entre pobreza, falta de supervisão, abandono e a entrada do adolescente no sistema socioeducativo. O uso de conectivos como “então” também reforça a ideia de conclusão e de causalidade. Dessa forma, os adolescentes vivenciam, por um lado, as mudanças no cérebro características da fase da adolescência, e, caso sejam expostos ao desamparo, em diversos sentidos, acabam indo, como consequência lógica, para o sistema socioeducativo por não terem o aparato ideal necessário para lidarem com as alterações de humor e com as “emoções”.

Esse tipo de discurso pode trazer à tona a ideia de que só há uma trajetória possível para certo grupo de adolescentes com características pré-determinadas, que envolve a inserção no sistema socioeducativo enquanto destino muito provável.

Entre enunciados em que se predomina o discurso com forte intertextualidade ao ideário da reforma psiquiátrica, há menção às fragilidades das famílias dos adolescentes atendidos pelas equipes de saúde mental:

É, ou, por histórias familiares absolutamente complicadas, o que é quase uma... que é uma coisa que todos apresentam. Eu diria que a minoria absoluta vai ter uma família organizada e tal, né, uma história linear de família. (Entrevista 8)

A gente também faz atendimento de família. Não é só questão física às vezes da distância, da questão econômica também às vezes de tá, de ter uma dificuldade concreta de tá vindo, às vezes por causa da distância, né, ou por conta da situação econômica precária, mas assim do relacionamento mesmo, né, das famílias. (Entrevista 4)

As famílias dos adolescentes são descritas como frágeis e desestruturadas, contribuindo para o agravamento de seu sofrimento quando entram para as unidades de internação. Na primeira citação, o termo “absolutamente” dá ênfase e certeza à expressão “histórias familiares complicadas”. O termo “minorias absolutas” também é usado com o mesmo objetivo. A oração “que é

uma coisa que todos apresentam” também reforça a certeza quanto às famílias “complicadas”. A expressão “história linear” tem conotação moral e representa idealização de um tipo de família.

No segundo trecho destacado, o entrevistado argumenta que o relacionamento das famílias é a principal dificuldade, mais importante que a “questão econômica”. Há o uso de negações para reafirmar que o relacionamento é o grande problema – “não é só questão física”, “não é só (...) questão econômica”.

Os relatos dos entrevistados são feitos com base na grande quantidade de casos atendidos ao longo do tempo. A associação entre pobreza, famílias desestruturadas e existência de demandas de saúde mental aparece nos enunciados. Essa forma de discurso ancora-se no conhecimento empírico dos jovens atendidos, todavia parece que o determinismo de tais associações leva à culpabilização das famílias e absolvição do Estado das responsabilidades de proteção.

Essa visão pré determinista acerca das condições socioeconômicas é analisada por estudo que aponta para o risco de uma postura preconceituosa perante às populações de periferias, que estariam condenadas a uma situação imutável e estática¹⁶.

Wacquant²⁰ demonstra a seletividade do sistema de justiça, que direciona a contenção e o aprisionamento em massa aos pobres considerados “problemáticos”. Assim, as famílias pobres se tornam o foco, ao mesmo tempo em que são cada vez mais afetadas pela redução das políticas públicas de segurança social. Birman²¹, com base nos conceitos de Wacquant, aponta que as famílias pobres se sentem responsáveis por seu próprio sofrimento, desresponsabilizando o Estado por suas condições de vida.

Mau comportamento, adolescentes “problemáticos”

Em duas entrevistas foi possível identificar um bloco discursivo que associa problemas disciplinares a demandas de saúde mental. Adolescentes são encaminhados às equipes por apresentarem um comportamento considerado inadequado.

Esse tipo de demanda tem natureza disciplinar e a equipe acaba por atender a fim de tentar encontrar uma maneira de auxiliar em relação aos conflitos internos gerados na unidade.

[...] *a crise não é necessariamente do menino, às vezes é da equipe que tem muitas dificuldades em atender aquele adolescente* (Entrevista 8)

Eu acho que tem casos de primeira internação, ou casos de vai e volta, vai e volta, vai e volta

e de institucionalização mesmo, menino que sai e entra o tempo inteiro, que a equipe não sabe mais o que fazer; então é uma aposta que talvez uma escuta mais aprofundada, mais próxima, possa produzir algum efeito. (Entrevista 8)

É... enfim, eu acho que o que mais chega, é, *garotos que dão problema. Ai você vai ver, na visão de quem dão problema?* (Entrevista 7)

Numa casa superlotada, é fácil um garoto dar problema, entendeu. O que que é dar problema? O que que é dar problema numa unidade superlotada? É tirar a paz dos funcionários [...] (Entrevista 7)

Nesses trechos destacados o que se percebe é que a demanda direcionada à equipe de saúde mental retrata a necessidade dos outros funcionários da unidade socioeducativa em encontrar alguma solução para os adolescentes com quem têm dificuldade de lidar ou de controlar.

Alguns elementos textuais são usados para distintas ênfases. No primeiro e no segundo trechos percebe-se o uso de modalidade como “necessariamente” (antecedido por uma negação), “às vezes”, “talvez”, “algum”, de maneira a suavizar as pressuposições que apontam as equipes internas das unidades como responsáveis por definir os adolescentes que causam mais problemas e por isso devem ser encaminhados.

No segundo e no terceiro trechos os entrevistados deixam explícito que as afirmações são de caráter pessoal, ou seja, o sujeito “eu” e o uso do verbo “acho” indicam que a análise deles é uma opinião não necessariamente compartilhada.

Na segunda citação a repetição da expressão “vai e volta” enfatiza que o entrevistado se refere aos adolescentes que já cumpriram outras medidas. Na terceira citação há o uso dos termos “o que mais chega” também com o objetivo de ênfase, para demonstrar a relevância dos encaminhamentos de “garotos que dão problema”.

Merece destaque a expressão “tirar a paz” dos funcionários no último trecho. Nesse caso há o uso do recurso de lexicalização com a criação de novos usos para as palavras mais comumente usadas em outros sentidos¹¹.

Parte da construção identitária de “problemático”, que extrapola o comportamento indisciplinado, apresenta-se em depoimento que aponta casos em que os próprios adolescentes se machucam a fim de serem atendidos pelas equipes de saúde mental.

[...] *ah, agora a moda é se tacar fogo pra poder ser atendido, entendeu [...]. Sabe, então... isso é um problema de saúde pública, é um problema de saúde mental, no sentido bem diferente do que as pessoas podem imaginar, entendeu.* (Entrevista 7)

[...] *agora tem umas demandas assim de suicídio, tentativa de suicídio, aí você vai ver a história, um garoto tentou, aí foi atendido, aí foi encaminhado não sei o que. Aí então uma enxurrada de tentativa de suicídio.* (Entrevista 7)

No primeiro fragmento, observa-se a adoção de nominalização por meio da palavra “moda”, com a intenção de reduzir a complexidade do fato de que os adolescentes colocam fogo no próprio corpo. O uso do termo “moda” dá a ideia de que o fenômeno não é tão grave por ser passageiro e por decorrer da imitação de comportamento.

No segundo fragmento destaca-se a ambiguidade do discurso, já que no início o entrevistado fala de “umas” demandas, como se fossem poucas, e em seguida insere a metáfora da “enxurrada” dando a ideia oposta, de que a quantidade de casos de tentativa de suicídio é muito grande. Parece existir um conflito para o próprio entrevistado ao lidar com tais situações.

Esses relatos apontam para a urgente necessidade de se rever as estratégias de acesso dos adolescentes às equipes. E, ainda, se refletir sobre qual a missão dessas equipes, qual o público a ser atendido e o que precisa ser priorizado. Em que medida as demandas de saúde mental são desencadeadas pelo próprio processo de institucionalização? O que significa a atitude dos adolescentes em se ferir para garantir acesso ao atendimento?

Nardi et al.²² apresentam pesquisas que apontam para o crescimento do suicídio entre adolescentes. Os resultados encontrados em uma unidade socioeducativa mostram um alto percentual de adolescentes que pensaram ou tentaram se matar. Essas e outras reflexões também já existem em pesquisas no sistema prisional adulto²³.

Além disso, diferentes estratégias de “regulação” do acesso aos atendimentos de saúde são identificadas nessas instituições. Aqueles profissionais que fazem a intermediação entre o preso adulto e as equipes de saúde, normalmente os agentes, selecionam os casos que devem ser priorizados. Entre essas prioridades, normalmente as lesões físicas são vistas como merecedoras de maior atenção²⁴.

Os estudos apontam para a relevância das ideias e tentativas de suicídio entre adolescentes. Todavia evidencia-se a força das demandas constituídas pelos profissionais das equipes de medida em detrimento do que é expresso pelos próprios adolescentes como necessidade.

O uso abusivo de drogas e as demandas de saúde mental decorrentes

Em todas as entrevistas o uso de drogas aparece como uma demanda frequente de saúde mental, porém os discursos sobre a temática se alternam. Ora a droga é vista como uma solução encontrada pelos adolescentes para lidar com as “alterações fisiológicas de humor”, ora não é reconhecida a dependência química, ora o uso abusivo é visto como a principal demanda. Também é mencionado o “moralismo” dos profissionais da equipe de medida quando realizam alguns encaminhamentos por relatos de uso eventual de drogas. Vale destacar que todos os entrevistados informam que na unidade não é permitido o uso de qualquer droga, legal ou ilegal. Está implícito que a grande questão é o uso abusivo antes da medida.

O discurso com referência à psiquiatria aponta que a droga é o principal estabilizador de humor.

Então eu acho que são as alterações de humor [...], porque elas são precursoras dos problemas relacionados ao uso de álcool e drogas. (Entrevista 2)

A marca desse discurso é o uso de pressuposições com alto grau de certeza, verbos no presente do indicativo, sujeitos determinados – “fatos”.

Conforme os enunciados referentes a esse discurso, os adolescentes pobres não possuem outros meios para estabilizar o humor (atividades escolares, culturais, esportivas) e usam a droga para lidar com tais alterações.

A mesma organização de argumentos é usada para explicar as brigas causadas pelos adolescentes que cumprem medida de internação:

Então é o que a gente fala, não deu atividade pode saber que de noite vai ter confusão, vai ter briga, eles vão ter que produzir adrenalina de alguma forma. (Entrevista 2)

Dessa maneira, esses adolescentes precisariam ter a oferta de atividades que funcionariam como alternativas à droga para “produção de adrenalina” e estabilização do humor.

Em outras entrevistas há apenas a indicação de que o uso de drogas é muito relevante entre o conjunto de demandas de saúde mental. No segundo trecho, o entrevistado insere em seu discurso um dado estatístico para dar objetividade em sua afirmação sobre o uso de maconha.

[...] o que mais chama a minha atenção, né, do Núcleo, é o uso abusivo de drogas, né. (Entrevista 5)

99% do sistema é usuário de maconha, tanto os meninos quanto as meninas. (Entrevista 6)

A modalidade de discurso com intertextualidade à reforma psiquiátrica defende que não

é adequado dizer que o adolescente tem dependência química, sendo considerado apenas como usuário. Seus argumentos são introduzidos de maneira cuidadosa, com termos como “maioria”, “não se pode dizer”, dando um sentido atenuante.

Embora, assim, a maioria dos casos não seja; não se pode dizer, seja dependência química. São usuários [...] (Entrevista 3)

O encaminhamento dos adolescentes é problematizado nessa modalidade de discurso que identifica haver julgamentos morais prévios dado que um relato de uso eventual de droga pode ser considerado demanda prioritária. No trecho abaixo, há o uso do diminutivo “cervejinha” para contrapor com a afirmação anterior de um funcionário sobre o alcoolismo de um adolescente.

[...] já aconteceu de encaminharem pra, tem muita moralidade, muita moralização, entendeu, que acompanha na história do percurso das institucionalizações, né. ‘O garoto ele tem problema com alcoolismo’, olha só, ‘alcoolismo’. Tá, aí chamei o garoto pra atender, ele tomava uma cervejinha com o pai no fim de semana. (Entrevista 7)

A problematização do diagnóstico de dependência química em cada caso é apontada como uma necessidade por estudos da área a fim de não rotular os adolescentes e de evitar que qualquer consumo seja considerado patológico^{25,26}.

Pesquisa feita entre escolares de todo o país identificou que 27,3% faziam uso regular de álcool, 8,6% de drogas ilícitas e 6,3% de tabaco²⁷. Nardi et al.²² identificaram que 70% dos adolescentes de uma unidade de internação fazia uso de drogas. O uso prejudicial de drogas está presente, ainda que de forma desproporcional, entre adolescentes que cumprem ou não medidas socioeducativas, e, apesar de priorizado em algumas políticas públicas, há resistência também dos CAPSi em lidar com os casos e discuti-los²⁸.

Considerações finais

Estudos no campo da saúde mental apontam para a complexidade no estabelecimento de consensos sobre o conceito de saúde mental e de demandas relacionadas. Concepções díspares coexistem. O desafio para os profissionais é a aproximação com o fenômeno do sofrimento sem que este seja limitado a categorias pré-determinadas, de tal maneira que haja flexibilidade e diversidade na compreensão e na definição de estratégias de intervenção.

Discursos variados sobre o que configura uma demanda em saúde mental estão presentes e são invocados pelos profissionais em distintos momentos, apontando para a convivência entre as múltiplas concepções e orientações, sem haver hegemonia de um discurso.

As diferenças entre as concepções de saúde mental desenham perfis de atendimento e sofrem interferência de valores e formações científicas particulares. E o que “chega” para as equipes atenderem varia conforme as percepções dos profissionais. Há ainda influências externas à equipe de saúde mental na constituição de algumas demandas.

Destaca-se a ausência de outros profissionais na identificação de demandas, como os agentes socioeducativos, potenciais interlocutores importantes para as equipes de saúde mental, especialmente em relação a adolescentes “invisíveis” no fluxo atual de encaminhamentos.

O uso de drogas pelos adolescentes é reconhecido como demanda relevante, ora de maneira mais determinista (uma das poucas maneiras de lidar com as alterações de humor do adolescente pobre), ora é atenuado como condição transitória durante essa fase da vida. Comparando as distintas concepções do uso de drogas, é possível perceber que tais discursos apresentam elementos que poderiam ser considerados em reflexões da equipe: frequência do uso de drogas, circunstâncias e objetivos em que ocorria o uso, existência ou não de uso abusivo e avaliação de parâmetros utilizados para identificação dos casos prioritários.

Os blocos discursivos aparecem inter-relacionados. As divisões feitas neste artigo têm um fim didático e identifica-se a problematização das demandas, considerando elementos do contexto socioeconômico e familiar. Entretanto, há maior ênfase na desestruturação das famílias que no desamparo do Estado em relação a esses adolescentes e seus familiares.

O discurso da “psiquiatria biológica” não aparece de maneira isolada nesta pesquisa. Há uma relativização do saber psiquiátrico tradicional, de tal maneira que elementos do contexto social são incorporados para análise das demandas.

Há conflitos na relação entre as equipes de medida e as equipes de saúde mental. Especialmente no discurso sobre mau comportamento, há indicação de inadequação da priorização feita pelas equipes de medida quando não sabem como lidar com os adolescentes “problemáticos” e os direcionam às equipes de saúde mental. Nestes casos, as demandas são desses que encaminham e não dos adolescentes propriamente.

Ainda sobre esse bloco discursivo, tais enunciados, incluindo as ideações suicidas e automutilações, aparecem com maior ênfase entre os entrevistados da unidade masculina, mas um dos entrevistados da unidade feminina menciona que é comum que as adolescentes se cortem. É considerado por ele um comportamento frequente, entretanto não há destaque nos enunciados dessa demanda enquanto questão prioritária.

Chamam atenção os relatos sobre o pouco acesso direto dos adolescentes às equipes de saúde mental para apresentarem suas próprias demandas e a forma como isso é atenuado nos discursos, principalmente entre os entrevistados da unidade masculina. Um dos entrevistados da unidade feminina menciona que ultimamente a equipe não tem atendido demandas espontâneas e que a circulação da equipe na unidade possibi-

lita a identificação das necessidades. As demandas espontâneas acabam não sendo priorizadas no fluxo interno das unidades. A vocalização das necessidades dos adolescentes é feita quase sempre por intermediação dos agentes institucionais, segundo suas lógicas e capitais de poder.

Refletindo sobre as limitações desse estudo, uma delas é justamente a ausência dos adolescentes e de seus relatos. Outra possibilidade para complementação da pesquisa aqui apresentada consistiria na inclusão dos demais profissionais do sistema socioeducativo que também estão em contato direto com os adolescentes em sua rotina; bem como das equipes de profissionais da rede que atuam nas regiões em que se localizam as unidades socioeducativas. Essas outras perspectivas contribuiriam muito para compreensão do tema em trabalhos futuros.

Colaboradores

DS Ribeiro, FML Ribeiro e SF Deslandes participaram igualmente da elaboração do artigo.

Referências

- Fatori D, Graeff-Martins AS. Epidemiologia dos Transtornos Mentais de Crianças e Adolescentes. In: Lauridsen-Ribeiro E, Lykouropoulos CB, organizadores. *O Capsi e o desafio da gestão em Rede*. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 39-53.
- Vilarins NPG. Adolescents with mental disorders while serving time and being subjected to socio-educative measures. *Cien Saude Colet* 2014;19(3):891-898.
- Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União* 1990; 13 jul.
- Brasil. Portaria Nº 1.082, de 23 de Maio de 2014. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI). *Diário Oficial da União* 2014; 23 maio.
- Trindade L. Saúde Mental. In: Abdalla JFS, Veloso BR, Vargens PW, organizadores. *Dicionário do Sistema Socioeducativo do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Novo Degase; 2016. p. 318-323.
- Unidades do Degase no RJ têm superlotação, doenças e mofo. *Globo G1*, 2016 Set 28.
- Conselho Federal de Psicologia (CFP), Conselhos Regionais de Psicologia (CRP), Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (CFOAB). *Direitos Humanos - um retrato das unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei*. Brasília: CFP; 2006.
- Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface (Botucatu)* 2007; 11(23):605-618.
- Pinheiro R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS, Abrasco; 2006. p. 69-116.
- Mínayo MCS. Trabalho de campo: Contexto de Observação, Interação e Descoberta. In: Deslandes SF, Gomes R, Mínayo MCS, organizadores. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 34ª ed. Petrópolis: Vozes; 2015. p. 61-77.
- Fairclough N. *Discurso e mudança social*. Brasília: Universidade de Brasília; 2001.
- Bellini M, Frasson PC. Ciências e seu ensino: o que dizem os cientistas e os livros didáticos sobre o HIV/AIDS? *Cien educ (Bauru)* 2006; 12(3):261-274.
- Lugon R. Breves reflexões e paradoxos sobre a psiquiatria nos CAPSi. In: Lauridsen-Ribeiro E, Lykouropoulos CB, organizadores. *O Capsi e o desafio da gestão em Rede*. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 108-115.
- Rauter C, Peixoto PTC. Psiquiatria, saúde mental e biopoder: vida, controle e modulação no contemporâneo. *Psicol estud* 2009; 14(2):267-275.
- Kamers M. A Fabricação da Loucura na Infância: Psiquiatrização do Discurso e Medicalização da Criança. *Estilos clin* 2013; 18(1):153-165.
- Gama CAP, Campos RTO, Ferrer AL. Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento. *Rev Latinoam Psicopat* 2014; 17(1):69-84.
- Maia CC, Avellar LZ. Concepções de Saúde e Doença Mental para Profissionais de um CAPSi. *Psicol estud* 2013; 18(4):725-735.
- Amarante P. *Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados*. São Paulo: Zagodoni; 2015.
- Amarante P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- Wacquant L. Forjando o estado neoliberal: trabalho social, regime prisional e insegurança social. In: Batista VM, Lamarão S, organizadores. *Loic Wacquant e a questão penal no capitalismo neoliberal*. Rio de Janeiro: Renavam; 2012. p. 11-42.
- Birman J. Responsabilidade moral e criminalização na formação social neoliberal. In: Batista VM, Lamarão S, organizadores. *Loic Wacquant e a questão penal no capitalismo neoliberal*. Rio de Janeiro: Renavam; 2012. p. 151-168.
- Nardi FL, Jahn GM, Dell'Aglio DD. Perfil de adolescentes em privação de liberdade: eventos estressores, uso de drogas e expectativas de futuro. *Psicol em Rev* 2014; 20(1):116-137.
- Watson R, Stimpson A, Hostick T. Prison health care: a review of the literature. *Int J Nurs Stud* 2004; 41(2):119-128.
- Diuana V, Lhuillier D, Sánchez AR, Amado G, Araújo L, Duarte AM, Garcia M, Milanez E, Poubel L, Romano E, Larouze B. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(8):1887-1896.
- Joia JH, Oliveira A, Vicentim MCG. O que as trajetórias de atenção a crianças e adolescentes que fazem uso de drogas nos ensinam sobre o cuidado em rede? In: Lauridsen-Ribeiro E, Lykouropoulos CB, organizadores. *O Capsi e o desafio da gestão em Rede*. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 265-279.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília: MS; 2014.
- Malta DC, Porto DL, Melo FCM, Monteiro RA, Sardinha LMV, Lessa BH. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(Supl. 1):166-177.
- Lauridsen-Ribeiro E, Arrigoni R, Leal BMML. A Chegada ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSI). In: Lauridsen-Ribeiro E, Lauridsen-Ribeiro CB, organizadores. *O Capsi e o desafio da gestão em Rede*. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 69-86.

Artigo apresentado em 15/03/2017

Aprovado em 26/03/2018

Versão final apresentada em 28/03/2018