

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Psicologia

Mônica Eulália da Silva Januzzi

**ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS:
dificuldades de adesão ao tratamento nos CAPSI**

Belo Horizonte
2018

Mônica Eulália da Silva Januzzi

**ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS:
dificuldades de adesão ao tratamento nos CAPSI**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ilka Franco Ferrari

Belo Horizonte
2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

J35a Januzzi, Mônica Eulália da Silva
Adolescentes usuários de drogas: dificuldades de adesão ao tratamento nos CAPSI / Mônica Eulália da Silva Januzzi. Belo Horizonte, 2018.
215 f.

Orientadora: Ilka Franco Ferrari
Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

1. Adolescentes - Uso de drogas - Prevenção. 2. Toxicomania. 3. Psiquiatria infantil. 4. Saúde mental - Aspectos sociais - Minas Gerais. 5. Serviços de saúde mental - Avaliação. 6. Política de saúde mental. I. Ferrari, Ilka Franco. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

SIB PUC MINAS

CDU: 616.89:301

Ficha catalográfica elaborada por Fernanda Paim Brito– CRB 6/2999

Mônica Eulália da Silva Januzzi

**ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS:
dificuldades de adesão ao tratamento nos CAPSI**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Prof^ª. Dr^ª. Ilka Franco Ferrari - PUC Minas (Orientadora)

Prof^ª. Dr^ª. Nádia Laguárdia de Lima - UFMG (Banca Examinadora)

Prof^ª. Dr^ª. Maria Cristina Ventura Couto- IPUB/ UFRJ (Banca Examinadora)

Prof^ª. Dr^ª. Andréa Máris Campos Guerra – UFMG (Banca Examinadora)

Prof^ª. Dr^ª. Tânia Ferreira – PUC Minas (Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 13 de março de 2018

Aos adolescentes que entrevistei nesta pesquisa.

AGRADECIMENTO

À Ilka, minha orientadora neste percurso, agradeço pela firmeza com que soube me guiar neste trabalho através de sua disponibilidade, empenho e dedicação nos mais diversos momentos. Agradeço por todas as intervenções, as boas de se ouvir e as boas pra se refletir. Foram estas as que mais me colocaram a trabalho.

Às professoras Maria Cristina Ventura Couto, Andréa Máris Campos Guerra, Nádia Laguárdia de Lima e Tânia Ferreira com quem aprendi, em momentos distintos, a reconhecer e respeitar o sujeito que há em toda criança e em todo adolescente, agradeço por, generosamente, aceitarem o convite para participarem desta banca examinadora e pelas preciosas considerações acerca desta pesquisa. Agradeço também pela gentileza das professoras Maria de Fátima Ferreira e Cristina Moreira Marcos, por aceitarem meu convite para serem suplentes nesta banca.

À Mário Elkim Ramírez agradeço pelas valiosas supervisões clínicas dos casos trabalhados nesta pesquisa, por sua presença na banca de qualificação e pelas importantes observações feitas a este trabalho naquela ocasião.

À Maria Cristina Ventura Couto cabe ainda um agradecimento especial pelo carinho com que me recebeu no Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional na Atenção Psicossocial na Infância e Adolescência do Instituto de Psiquiatria, IPUB, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, apresentando as ricas experiências do CAPSi CARIM e das equipes que vão até as Comunidades do Rio juntar-se aos diversos atores que atuam nas Clínicas da Família, sejam eles profissionais ou cidadãos destas Comunidades, para o desafio de construir redes permanentes de cuidado para a criança e o adolescente. Agradeço também aos colegas e pesquisadores que conheci do Programa e que tão bem me receberam.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC MINAS, Marcelo, Cláudia e Diego e aos professores Roberta Romagnoli, Jacqueline Oliveira, José Newton, Márcia Stengel, João Leite e Luís Flávio, com os quais tive a honra de mais uma vez ser aluna, agradeço imensamente pela oportunidade da convivência e pelo aprendizado humano, ético, político, filosófico e científico...

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e à PUC MINAS agradeço pelo investimento nesta pesquisa, bem como à Roberta Romagnoli.

Aos colegas da Faculdade Pitágoras de Betim e aos meus alunos, agradeço pelo apoio e constante aprendizado que nossa convivência me proporciona. Destes encontros, muitas vezes, emergiu reflexões que contribuíram para o processo de construção desta pesquisa.

Aos profissionais dos CAPSi dos municípios de Betim, Contagem, Belo Horizonte, Itabira e Janaúba, agradeço imensamente por compartilharam o cotidiano de suas práticas, os impasses e as questões de seu trabalho comigo. A vocês meu respeito e minha gratidão. Em especial, agradeço a Cláudia Barbosa, Lizângela Pedrosa, Lídia de Souza, Cristina Mussi, Ana Paula Maia, Jubert Goulart, Jacira Helena, Júnia Sampaio, Moema Guerra, Fabiana Pimenta, Juscimara Oliveira, Daniel Martins, Ana Maria Costa Lopes e Wellington Domingues.

Um agradecimento mais do que especial aos cinco adolescentes que concordaram em me contar suas histórias, sua relação com o uso da droga e com o serviço. A riqueza do que me foi apresentado, certamente, extrapola e muito aquilo que pude extrair de seus relatos. Meus mais sinceros agradecimentos a eles, razão desta pesquisa.

À minha mãe agradeço pelo incentivo, pela coragem e por não ter me dado o peixe, como ela diz, “mas por ter me ensinado a pescar.” A meu pai agradeço também pelo carinho, pelo reconhecimento e também por suas preocupações comigo neste caminho. Aos meus irmãos e cunhadas, não poderia ter melhores! Obrigada pela torcida, por comemorarem junto e por sofrerem junto também. À Cleonice, minha imensa gratidão, por me ajudar a cuidar da minha família. Sem esta ajuda, realizar esta pesquisa não seria possível.

Ao meu companheiro de vida, Wagner, agradeço pelo apoio, pela compreensão, pelos lanches, por ter sido muitas vezes pai e mãe e por todas as vezes que colocou o “pé na estrada” comigo e as crianças ao longo desta pesquisa. Aos meus filhos Natália, Débora e Artur agradeço pela paciência que tiveram comigo, por terem suportado minhas faltas, minhas ausências, meu cansaço e, ainda assim, dizer que sou “a melhor mãe do mundo!” Amo vocês!

A todos os amigos que se envolveram neste projeto comigo, meu muito obrigado!

Como o adolescente lidará com isso? Qual será sua margem de manobra entre os sobressaltos que surgem e a herança de sua infância? Arriscará toda sua vida ou saberá consentir com o sacrifício de uma parte de gozo que aí se mostra em jogo? (LACADÉE, 2011, p. 28).

As drogas, mesmo o crack, são produtos químicos sem alma: não falam, não pensam e não simbolizam. Isso é coisa de humanos. Drogas, isso não me interessa. Meu interesse é pelos humanos e suas vicissitudes. (NERY FILHO, 2010, p1).

RESUMO

Nesta pesquisa, perguntou-se o que um estudo sobre as dificuldades de adesão ao tratamento nos CAPSi, por adolescentes usuários de drogas, poderiam ensinar ao trabalho realizado nestes serviços. Estabeleceu-se, como objetivo geral pesquisar o que estas dificuldades poderiam ensinar ao trabalho nestes serviços. Os objetivos específicos supunham: circunscrever, no campo da atenção psicossocial, o surgimento dos CAPSi, seus antecedentes históricos e seu mandato psicossocial, interrogando sobre os casos de uso de droga na adolescência; identificar, a partir da escuta dos jovens usuários de drogas de cinco CAPSi de Minas Gerais, questões que favoreceriam responder ao problema de pesquisa; estabelecer as especificidades das dificuldades de adesão ao tratamento dos jovens; abordar a clínica psicanalítica do sujeito adolescente, interrogando sobre o encontro com o objeto droga; problematizar as questões relativas à toxicomania e ao uso de drogas na adolescência, no âmbito do tratamento; refletir sobre os impasses e possibilidades intrínsecos ao tratamento de adolescentes usuários de drogas, tendo em vista o mandato psicossocial dos CAPSi. A metodologia utilizada, nos parâmetros qualitativos, partiu da proposta de pesquisa de Jacques Alain Miller baseada na noção de caso único. Os resultados contaram com o estudo de cinco casos de jovens de diferentes CAPSi de Minas Gerais, indicados como exemplos paradigmáticos de não adesão ao tratamento. Cada capítulo desenvolveu um dos objetivos específicos. Os resultados mostraram que, em muitas situações, os adolescentes usuários de drogas ainda encontram desassistência na atenção psicossocial. Mas, também apontaram que os CAPSi são serviços que, potencialmente, podem implementar ações específicas de cuidados a estes jovens, frente as dificuldades de adesão ao tratamento que apresentam, sob o viés da desinserção. Os princípios e diretrizes da política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes se mostraram importantes recursos para a implementação destas ações.

Palavras chave: Adolescência. Toxicomania. CAPSi. Desinserção. Saúde Mental.

ABSTRACT

In this research, we asked what a study about the difficulties of adherence to treatment in CAPSi, by adolescent drug users, could teach the work done in these services. It was established, as a general objective, to research what these difficulties could teach to work in these services. The specific objectives were: to circumscribe, in the field of psychosocial care, the emergence of CAPSi, its historical antecedents and psychosocial mandate, interrogating about cases of drug use in adolescence; to identify, from the listening of the young drug users of five CAPSi of Minas Gerais, questions that would favor answering the research problem; to establish the specificities of the difficulties of adhering to the treatment of young people; to approach the psychoanalytic clinic of the adolescent subject, interrogating about the encounter with the drug object; issues of substance abuse and drug use in adolescence in the treatment area; to reflect on the impasses and possibilities intrinsic to the treatment of adolescent drug users, in view of the psychosocial mandate of the CAPSi. The methodology used, in the qualitative parameters, started from the proposal of research of Jacques Alain Miller based on the notion of a single case. The results had the study of five youngs from different CAPSi of Minas Gerais, indicated as paradigmatic examples of non adherence to treatment. Each chapter has developed one of the specific objectives. The results showed that in many situations, adolescent drug users still find lack of care in psychosocial care. But, they also pointed out that CAPSi are services that can potentially implement specific care actions for these youngsters, given the difficulties of adherence to the treatment they present, under the bias of the disinsertion. The principles and guidelines of the Mental Health policy for Children and Adolescents have proved important resources for the implementation of these actions.

Keywords: Adolescence. Drug addiction. CAPSi. Disinsertion. Mental health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CAPS A.D	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CID	Código Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência social
DOPCAD	Divisão de Orientação e Proteção à Criança e ao Adolescente
DSM V	American Psychiatric Association
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA	Educação de Jovens e adultos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem Estar do Menor
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e em outras Drogas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAM	Serviço de Assistência ao Menor
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SMCA	Saúde Mental da Criança e do Adolescente

SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidade de Acolhimento
UAi	Unidade de Acolhimento infanto-juvenil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	25
1. HERANÇAS HISTÓRICAS, A INSERÇÃO DA CLÍNICA DA TOXICOMANIA NOS CAPSi E O MANDATO PSICOSSOCIAL.....	35
1.1. A institucionalidade do CAPSi	37
<i>1.1.1. Antecedentes históricos no âmbito assistencial e jurídico</i>	<i>37</i>
<i>1.1.3. Antecedentes históricos no campo da saúde mental no Brasil</i>	<i>54</i>
1.2. Princípios da política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes	62
<i>1.2.1. O CAPSi, seu mandato psicossocial e os adolescentes usuários de drogas</i>	<i>65</i>
2. CASOS QUE ENSINAM	69
<i>2.1. O caso Marcelo</i>	<i>70</i>
<i>2.2. O caso Aline</i>	<i>76</i>
<i>2.3. O caso Adriano</i>	<i>81</i>
<i>2.4. O caso Willian</i>	<i>87</i>
<i>2.5. O caso Jonas</i>	<i>94</i>
3. DESINSERÇÃO: UM SINTOMA SOCIAL NA ADOLESCÊNCIA.....	101
3.1. Cartografias dos sujeitos desinseridos.....	109
3.2. Destituições simbólicas do Outro, no contemporâneo.....	115
4. COMPLEXOS FAMILIARES	119
4.1. A identificação com o sintoma do par parental	121
<i>4.1.1. Marcelo, o intruso</i>	<i>123</i>
<i>4.1.2. Willian, o desinteressado.....</i>	<i>126</i>
<i>4.1.3. Adriano, o jovem desenganado</i>	<i>128</i>
4.2. A identificação com o falo: um jovem sem limites.....	131
4.3. A identificação com o objeto: Aline e seu não lugar.....	135
5. USO DE DROGAS, TOXICOMANIA E A EXTRAORDINARIEDADE DOS CASOS.....	139
5.1. O sujeito em Lacan e o paradigma da não-relação	144
5.1.1. Efeitos desconectivos e diagnósticos paradoxais.....	147
5.1.2. Psicose e toxicomania	155
5.1.3. Toxicomania verdadeira em um caso clinicamente perverso.....	158
6. DO DESAMPARO GENERALIZADO ÀS “AÇÕES ESPECÍFICAS” DE CUIDADO	165
6.1. Os princípios da singularidade e do Acolhimento Universal.....	169
<i>6.1.1. Um sujeito psíquico e social.....</i>	<i>170</i>
<i>6.1.2. Implicação subjetiva e responsabilização do sujeito</i>	<i>171</i>
<i>6.1.3. Relações transferenciais.....</i>	<i>174</i>

<i>6.1.4. O tratamento pela palavra</i>	180
6.2. Da responsabilização das figuras parentais	183
6.3. Do trabalho em equipe	186
6.4. Da construção permanente da rede e o encaminhamento implicado	190
6.5. Intersetorialidade e território	193
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:	199
REFERÊNCIAS	205

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa se desenvolve a partir da prática da pesquisadora no campo da Saúde Mental Infanto-Juvenil, que se iniciou no ano de 1999 e se desenvolveu em alguns CAPSi¹ do Estado de Minas Gerais. Ao longo desta prática, nos interrogamos sobre algumas especificidades do tratamento realizado nos CAPSi, para adolescentes usuários de drogas, em especial, as dificuldades que apresentavam na adesão ao tratamento nestes serviços.

Na verdade, a problemática da toxicomania, na infância e na adolescência, já se encontra, em nosso país, desde o fim do século XX, como uma problemática de contornos sociais bastante complexos. Mas é tardia sua inserção no cenário das políticas públicas em saúde mental, assim como, a própria política de álcool e outras drogas é bastante recente. A política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes, (SMCA), também só surge na pauta da Reforma Psiquiátrica Brasileira no início do século XXI (COUTO e DELGADO, 2015). De modo geral, os estigmas da marginalidade e do abandono social contribuíram para que jovens envolvidos com o uso de drogas fossem situados como objetos da assistência social e de medidas normativas do campo jurídico, reduzindo-se, assim, a questão, em muitas circunstâncias, a problemas sociais ligados à moral e à má conduta. Este cenário consistiu em um dos vários determinantes que levaram muitos destes jovens a se situarem em um “não lugar” no campo das políticas públicas.

A necessidade de alterar o cenário de desassistência no campo da saúde mental infanto-juvenil, evidenciado até o final do século XX no Brasil, era ressaltada pelos paradigmas clínicos, sociais e políticos presentes nas psicoses infantis e no autismo. Tais aspectos impulsionaram a delimitação de um campo específico de cuidados para Crianças e Adolescentes, no âmbito da atenção psicossocial. Guardadas as devidas distinções, em nível de gravidade, estes casos se equiparavam às condições que situavam a loucura como o paradigma para o atendimento dos pacientes adultos. Mas, em relação aos casos de uso e abuso de drogas, nos primeiros anos do século XXI, ainda não havia clareza suficiente relativa à pertinência, ou não, sobre o atendimento destes casos na saúde mental infanto-juvenil.

¹ CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. Serviço público que atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. (BRASIL, 2011).

Com o movimento próprio dos tensionamentos que se fazem presentes nas relações humanas, a complexa dialética entre inclusão e exclusão aí intrincada, nos permitiu observar que a chegada de tais casos ao campo da Saúde Mental para Crianças e Adolescentes, veio acompanhada de um movimento que, em diversas situações, favoreceu a reprodução de novos estigmas, além daquele ligado à marginalidade. Tratava-se do risco de se reproduzir outro “não lugar” para estes jovens. O discurso de que usuários de drogas não aderem ao tratamento e, sendo eles adolescentes, aderem menos ainda, encontra espaço neste contexto para se configurar como característica marcante e determinante destes casos.

Na verdade, sabemos que esse discurso também encontra sustentação em fatos. Em 2013, quando esta pesquisadora atuava na coordenação de saúde mental infanto-juvenil de um município da região metropolitana, foi possível realizar um levantamento do número de adolescentes usuários de drogas encaminhados ao serviço de saúde mental para crianças e adolescentes naquele ano, e verificar que 67% deles haviam abandonado o tratamento, além de apresentarem diversas dificuldades para se manter nele. (PEDROSA e SOARES, 2013). A leitura pura e objetiva de dados como estes, não nos pareceu suficiente para a compreensão deste cenário, já que, desta forma, estaríamos colocando em relevo uma direção de trabalho às avessas, cujo efeito imediato seria o de obstaculizar a prática clínica. Exemplo disso, é a via que se estabelece quando se reduz o problema das dificuldades de adesão ao tratamento, situando-o apenas do lado dos sujeitos, impedindo assim, que essas mesmas dificuldades possam ser verificadas de modo mais amplo.

A despeito disso, as demandas que emergem no cenário social referentes ao uso e abuso de drogas na infância e na adolescência, se multiplicam e tem se dirigido cada vez mais ao campo da saúde mental convocando seus operadores a debater acerca da especificidade destes casos. Observamos, entretanto, que de modo velado, os “especialismos” que tendem a se afirmar neste campo, também favorecem outros efeitos, como o de desconectar a prática destes casos ao mandato psicossocial² da Saúde Mental para Crianças e Adolescentes. No cotidiano dos serviços, as dificuldades observadas pelos profissionais, para “misturar” usuários de drogas com autistas e psicóticos, deixam subentendido a existência de duas clínicas distintas e, sobretudo, incompatíveis.

A posição defendida por alguns, de que o tratamento de adolescentes usuários de drogas demandaria um lugar e uma prática específica de cuidados, disjunta daquela que originalmente se estabeleceu no CAPSi, é rapidamente confrontada com um fato que se impõe

² A expressão “mandato psicossocial” foi encontrada artigo de Couto e Delgado (2015), que faz parte da bibliografia desta pesquisa.

na clínica contemporânea. Se em um primeiro momento era possível distinguir claramente o usuário e o não usuário de drogas, pautando o modelo do caso grave da prática no CAPSi pela clínica da psicose infantil e do autismo, atualmente, esta distinção implica em muitas questões controversas. O modelo de uma prática psicossocial que desconsidera o uso de drogas tornou-se algo cada vez mais impensável no mundo atual. Obviamente, não se trata de afirmar que todas as crianças e adolescentes são, ou, serão potenciais usuários de drogas, mas, de considerar a lógica que estrutura as adicções e o modo como a generalização do uso de drogas na contemporaneidade, também alcançou esta população. Esta realidade, nos parece, exigiu que o campo da saúde mental não recuasse diante dos fatos, ainda que se encontrem resistências por parte de alguns trabalhadores do setor e pelas dificuldades que, verdadeiramente, os casos impõem.

Diante deste contexto começamos a nos interrogar: um estudo detalhado sobre as dificuldades de adesão ao tratamento nos CAPSi, por adolescentes usuários de drogas, poderia ensinar, favorecendo o trabalho realizado nestes serviços? Esta é a questão que impulsionou a referida pesquisa.

Nosso objetivo geral, portanto, foi pesquisar o que estas dificuldades de adesão ao tratamento nos CAPSi, por adolescentes usuários de drogas, poderiam ensinar, favorecendo o trabalho nestes serviços. Os objetivos específicos visaram a: circunscrever, no campo da atenção psicossocial, o surgimento dos CAPSi, seus antecedentes históricos, e seu mandato psicossocial, interrogando sobre a inserção dos casos de uso de droga na adolescência neste campo; identificar, a partir da escuta dos jovens usuários de drogas de cinco CAPSi de Minas Gerais, questões que favoreceriam responder ao problema de pesquisa; estabelecer as especificidades das dificuldades de adesão ao tratamento, dos jovens citados; abordar a clínica psicanalítica do sujeito adolescente, interrogando sobre o encontro do objeto droga; problematizar as questões relativas à toxicomania e ao uso de drogas na adolescência no âmbito do tratamento e; refletir sobre os impasses e possibilidades intrínsecos ao tratamento de adolescentes usuários de drogas, tendo em vista o mandato psicossocial dos CAPSi.

Nossa hipótese era de que as dificuldades de adesão dos jovens no serviço, veiculadas pelo uso de drogas, não implicariam, propriamente, na impossibilidade de tratamento e seriam, ainda, capazes de ensinar sobre suas possibilidades no campo da atenção psicossocial.

O caminho metodológico escolhido, para buscarmos dar conta de nossa questão foi aquele que, em metodologia, se conhece como pesquisa qualitativa. Ao utilizarmos um modelo de pesquisa que conta com as formalizações da psicanálise, recorreremos a Miller (2006) quando considera que uma pesquisa produz conhecimento a partir de duas vertentes: a

da acumulação e a da investigação. A primeira vertente tem importância porque é nela que podemos conhecer o que foi construído pelos que vieram antes de nós, e esse acúmulo pode colaborar para nos defrontarmos com as questões nas quais estamos implicados. Mas, ela também tende a nos levar à repetição. Por isso, a vertente capaz de nos situar diante do novo está na investigação: “[...] pesquisar é buscar, esperar o novo” (p.15), condição esta, em que não há a segurança que se faz presente nas repetições. Tendo em vista que o caminho da investigação é o único capaz de nos levar ao singular, a noção de caso único, também trazida por Miller (2006), foi considerada no tratamento das informações obtidas por meio de entrevistas. A característica de exceção, trazida pelo caso único, nos diz do sujeito sempre constituído como aquele que faz exceção à regra das classificações e das generalizações.

Esta pesquisa se embrenha pela suspensão das certezas próprias do conhecimento empírico e desenvolvimentista que, com frequência, abarcam as questões da adolescência. Ao se lançar no imprevisto campo das possibilidades inerentes a cada caso, demonstra que “[...] investigar psicanaliticamente é algo que sempre propicia incertezas que nunca se pode dominar completamente, mas que é possível dar conta de um percurso, com seus êxitos, dificuldades e pontos de escansão” (GALLO, e RAMÍREZ, 2012, p.11, tradução nossa)³. Nesse sentido, na proposição da pesquisa, não há a intenção de oferecer ao campo da atenção psicossocial, campo no qual a política de saúde mental infanto-juvenil se insere, um tratamento psicanalítico para os casos, mas sim, uma leitura do fenômeno da dificuldade de adesão ao tratamento pela via do sujeito. Não é demais aqui recordarmos que, em pesquisa qualitativa, o que importa é a possibilidade de transferibilidade dos dados a outras situações com características semelhantes, e não sua generalização. Por isso, como aborda Miller em *De la naturaleza de los semblantes* (2001), em psicanálise, também precisamos contar com algumas categorias, ou seja, “[...] uma qualidade atribuível a um objeto, o que a converte em uma classe onde é possível colocar objetos de igual natureza, ou seja, um princípio de classificação” (p. 9, tradução nossa)⁴, ainda que tratemos de caso único. Neste sentido, ao longo da pesquisa foi preciso considerar algumas categorias que expressam certo aspecto do “universal” presente nos casos, que ali se repetiam.

A pesquisa de campo iniciou-se ainda em 2014, com uma fase preliminar e exploratória, que consistiu em entrar em contato com dezesseis CAPSi do Estado de Minas

³ [...] investigar psicoanalíticamente es algo que siempre propicia incertidumbres, que nunca se alcanza a dominar completamente, pero con lo que es posible dar cuenta de un recorrido, con sus logros, dificultades y puntos de escansión.

⁴ [...] una cualidad atribuible a un objeto, lo que La convierte en una clase donde es posible colocar objetos de igual naturaleza. Se trata, pues, de un principio de clasificación.

Gerais, até então cadastrados no Ministério da Saúde (2014) através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, (CNES). Neste primeiro momento, o contato se deu via telefone, com os gerentes dos serviços. Quatro deles nos informaram que os CAPSi em que trabalhavam não atendiam adolescentes usuários de drogas, e que estes casos eram encaminhados aos Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas, CAPS AD⁵ de seus municípios ou de municípios vizinhos. Convidamos os outros doze serviços que atendiam tais casos a participarem de nossa pesquisa. Seis deles aceitaram o convite, entretanto, um serviço não chegou a indicar o caso, o que inviabilizou sua participação.

Contamos, então, com a participação de cinco CAPSi. Visitamos cada um deles para apresentar o projeto de pesquisa à equipe, e esclarecermos que a participação das mesmas consistia em nos indicar um caso paradigmático da clínica de sujeitos adolescentes usuários de drogas que apresentassem dificuldades de adesão ao tratamento, e que o serviço nos favorecesse condições para o estudo do caso.

Após esta etapa, nos encontramos com os jovens e com os profissionais para a realização de entrevistas e para o estudo dos prontuários. Optamos pelas entrevistas semiestruturadas por elas permitirem que a livre associação aconteça e, conseqüentemente, que ocorra o processo dinâmico das informações. O roteiro das perguntas feitas aos adolescentes buscava saber como havia sucedido seu encaminhamento ao serviço, se ele já conhecia o serviço, ou se havia ouvido falar algo a respeito dele, quais foram suas primeiras impressões do serviço, o motivo pelo qual ocorreu seu encaminhamento, sua opinião sobre a adequação do serviço para atender casos como o seu, o que o levou a interromper seu tratamento no CAPSi e, finalmente, como ele pensava que deveria ser o tratamento em um CAPSi. As perguntas orientadoras da entrevista com os trabalhadores consistiram em saber: como o adolescente chegou ao serviço, suas primeiras impressões sobre o caso, as primeiras condutas, as medidas que o caso exigiu dele e da equipe, os aspectos que destacaria no caso, e o que entendia haver contribuído para as dificuldades de adesão ao tratamento do adolescente.

Nesta vertente, estivemos abertos à surpresa advinda do real veiculado pela palavra, aos significantes presentes no discurso do sujeito que nos convoca a uma escuta que vai além das generalizações, indo além das palavras enunciadas pelo sujeito, mas nelas reconhecendo os aspectos da enunciação. Este trabalho comporta também a busca de informações que possam vir de outras fontes próximas ao sujeito, a exemplo de outros profissionais da equipe ou algum familiar do sujeito adolescente.

⁵ Serviço de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial que destina seus cuidados a pessoas com problemas decorrentes ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

A fundamentação teórica considerou referências no campo das políticas públicas de saúde mental, especificamente aquelas que se referiam à população infanto-juvenil. As informações advindas dos adolescentes orientaram a teoria no campo psicanalítico de acordo com as formalizações que os casos foram demandando realizar.

A pesquisa foi dividida em seis capítulos.

O primeiro circunscreve o contexto histórico do surgimento dos CAPSi no Brasil como uma resposta ao mal estar da época, frente a desassistência dos casos graves de sofrimento psíquico da infância e adolescência. Ressalta as demandas clínicas e sociais que impulsionaram e legitimaram a criação dos mesmos, bem como, busca traçar o percurso de surgimento dos casos de adolescentes usuários de álcool e outras drogas nestes serviços. Ao analisar o mandato do CAPSi, ao longo de sua história de implantação, o capítulo situa o uso de drogas na adolescência e problematiza o adiamento da inserção destes casos no escopo de trabalho dos CAPSi. Esta análise permite considerar a evidência de um sintoma social na história destes serviços, através dos casos de adolescentes usuários de drogas.

No segundo capítulo, apresentamos os cinco casos clínicos. Construídos a partir da entrevista com os jovens, os trabalhadores e o estudo dos prontuários, os casos são a principal fonte da qual toda a produção da pesquisa está alicerçada. Por meio deles, buscamos extrair aquilo que nos pareceu permitir responder ao problema de pesquisa. Dos aspectos centrais extraídos dos casos surgem os temas e categorias a serem trabalhados nos capítulos seguintes.

No terceiro capítulo, conhecemos as especificidades das dificuldades de adesão ao tratamento que os jovens apresentavam. Estas especificidades nos levaram a perceber tais dificuldades através de diversas experiências de desconexão social evidenciadas na relação com a família, a escola, as escolhas amorosas e o serviço de saúde mental. A rua surge como um território íntimo para o qual os sujeitos se dirigem através de seus modos errantes, soltos, desligados, perturbados e desamparados. A formalização milleriana de desinserção social permite considerar as dificuldades de adesão ao tratamento dos jovens como um sintoma social contemporâneo, presente no campo da atenção psicossocial. Os conceitos de extimidade e realidade psíquica são convocados para fundamentar o modo com que, no sujeito, se entrelaçam e se constituem a realidade que cada um constrói na relação com o Outro. Os sujeitos revelam, assim, territórios desinseridos de pertencimento que se produzem nesta relação em que o sujeito está desacreditado do Outro. A droga surge, de modo geral, como objeto que permite ao sujeito manter sua desinserção como forma de responder aos efeitos das destituições simbólicas do Outro no contemporâneo.

As considerações produzidas no terceiro capítulo nos levam a abordar, no quarto

capítulo, a clínica psicanalítica dos sujeitos adolescentes na relação com o Outro parental, interrogando, nos casos, o encontro com o objeto droga. A fundamentação teórica buscada para esta reflexão, recorreu a dois textos que, geralmente, são usados para tratar da clínica psicanalítica com crianças. Mesmo alertados disso, os textos lacanianos: “Os complexos familiares na formação do indivíduo” (1938/2003) e as “Duas notas sobre a criança” (1969/1986), nos pareceram fundamentais para que pudéssemos abordar a complexidade das relações parentais do sujeito e o modo com que podem incidir na puberdade. Estes textos permitiram refletir sobre a noção de família em psicanálise e situar o lugar no qual cada sujeito da pesquisa ocupa nesta estruturação. Aqui ainda não há aprofundamento sobre os efeitos e a função da droga para cada sujeito, mas, já se situa o encontro do sujeito com este objeto, considerando-o como uma das respostas possíveis para o modo com que o desamparo se instaura na relação com o Outro parental na puberdade, no contemporâneo.

No quinto capítulo discutimos as particularidades clínicas e diagnósticas do uso de drogas em cada caso da pesquisa. A problematização da função do diagnóstico na prática com os adolescentes da pesquisa demonstram como os modelos padronizados, em sua busca pela objetividade dos achados científicos, se afastam do que de fato há de mais extraordinário na clínica, o caso único. Deste modo, dependendo do lugar em que os diagnósticos situam os jovens na prática clínica dos serviços, podem se converter em recursos que se prestam à desinserção dos mesmos no âmbito do próprio tratamento. As contribuições da psicanálise a este cenário advêm, basicamente, de alguns trabalhos de Viganó (1999; 2008), de alguns aspectos da teoria do gozo no ensino laciano que nos permitem compreender o funcionamento gozoso do sujeito e das contribuições advindas das Conversações de Arcachon (MILLER, 2006). A distinção entre uso e abuso de drogas é levantada, assim como os aspectos singulares que, em cada caso, ensinam sobre o lugar e a função da droga em cada tipo clínico dos casos. O modo como a psicanálise concebe a toxicomania, considerando-a um sintoma social contemporâneo, que responde por um dos modos de desinserção presente em nosso tempo, é o pano de fundo sobre o qual se assentam as análises, neste capítulo.

Frente ao desamparo generalizado a que, tanto os jovens da pesquisa, quanto a própria prática clínica com estes jovens, se mostraram estar submetidos, o sexto e último capítulo reflete sobre os impasses e possibilidades intrínsecos ao mandato psicossocial dos CAPSi junto à problemática do uso de drogas na adolescência. As ações de cuidados atribuídas ao CAPSi no campo da atenção psicossocial são consideradas a partir das proposições de Freud (1985/1996) acerca do que chamou de “ação específica” (p.370) realizada por um outro experiente nos cuidados com a criança. A referência ao livro de August Aichhorn (2006),

“Juventude Desamparada”, também vem fundamentar as discussões aqui estabelecidas por se tratar de uma experiência pioneira de psicanálise aplicada ao campo institucional com adolescentes. De modo geral, os casos demonstraram que, os princípios e as diretrizes orientadoras desta política, no âmbito de suas possibilidades propositivas, propiciam a implementação de ações específicas de cuidado frente a dimensão de desamparo e das experiências de desconexão social dos jovens em uso de drogas, produzindo importantes efeitos na abordagem das dificuldades de adesão ao tratamento.

Como um sintoma social de nossa época, as dificuldades dos jovens da pesquisa em aderir ao tratamento, evidenciam o modo contemporâneo com que o Outro, seja ele parental, social ou institucional, tende a deixar o sujeito em dificuldades com seu desejo. O Outro se mostra sintomaticamente, desamparador nesse sentido. Como recurso inerente à lógica capitalista, o objeto droga é oferecido ao sujeito, na tentativa de equilibrar o desamparo estrutural. Contudo, a obstaculização ao saber inconsciente promovida pelos efeitos da droga na lógica consumista, trazem dificuldades na responsabilização subjetiva do sujeito, ao preço de um “curto-circuito” em suas relações sociais.

Neste cenário, não cabe sermos ingênuos quanto às dificuldades presentes na adesão ao tratamento de jovens usuários de drogas. Os jovens da pesquisa demonstram que, em muitas situações, inexistem na rede de atenção psicossocial. Ainda assim, os casos ensinam que quando o serviço de saúde mental consegue não fazer série ao desamparo sintomático do Outro, podem produzir ações específicas de cuidado que não são sem efeitos para esses jovens. Situar as configurações que se fizeram presentes nos casos, no encontro do sujeito com o objeto droga, revelou importantes coordenadas para o trabalho nos CAPSi. Os princípios propositivos da política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes se mostraram importantes recursos para o estabelecimento de tais ações específicas de cuidado, ao permitirem abordar a desinserção considerando o caso como único. Estes princípios demonstraram incidir sobre a responsabilização do sujeito na relação que ele estabelece com a droga, nas construções possíveis diante do comprometimento das figuras parentais, nas bases que sustentam o trabalho em equipe e na condução do caso. Eles reafirmaram a importância da noção de intersetorialidade, mas, demonstraram a importância que a noção de territorialidade assume, sobretudo em uma prática que se destina a cuidar de sujeitos que fazem uso abusivo de drogas. Nesse sentido, demonstraram a importância do estabelecimento de ações que ocorram mais no território e não apenas dentro dos serviços. Os casos possibilitaram perceber os efeitos pujantes da oferta da palavra para estes jovens, questionando a ideia geral de que adolescentes não conversam. Um dos casos mostrou os

efeitos desastrosos para o vínculo com o serviço quando, no lugar desta construção, se destaca para o sujeito abordagens marcadas por ações contentivas. Alguns casos evidenciaram a importância do técnico de referência como aquele que particulariza o caso, permitindo ao sujeito ser reconhecido como tal, no âmbito do serviço e da rede de atenção psicossocial. Em alguns casos, o estigma da loucura foi um dificultador para a vinculação do sujeito adolescente ao serviço de saúde mental, mas não foi um impedimento para todos. Observou-se que, em uma das redes de cuidado, a representação social que articula o CAPSi à loucura, parece ser ressaltada, e isso teve efeitos para o jovem atendido ali. Para outro sujeito, a vinculação destes estigmas ao serviço sequer foi cogitada. Deste modo, apesar das resistências que tais casos ainda encontram para serem acolhidos na rede de atenção psicossocial e no campo das políticas públicas em geral, ainda assim, os casos da pesquisa mostraram que o CAPSi pode contribuir significativamente no estabelecimento do tratamento a jovens usuários de drogas. Tendo em vista que o CAPSi se propõe a atender os casos graves de sofrimento psíquico infanto-juvenil em suas variadas expressões, é importante cuidar para que esta dinamicidade não seja negligenciada. Através do enlouquecimento que, por uma questão de estrutura, submete o sujeito à precariedade das relações sociais ou pelo uso de drogas como uma escolha frente ao mal estar social desta precarização, pelo que parece, há importantes e necessárias ações a serem implementadas por estes serviços.

1. HERANÇAS HISTÓRICAS, A INSERÇÃO DA CLÍNICA DA TOXICOMANIA NOS CAPSi E O MANDATO PSICOSSOCIAL

Uma pesquisa requer a contextualização do campo a ser estudado. O nosso é o da atenção psicossocial, mais especificamente aquele que se desenvolve no âmbito das políticas de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes, com os serviços chamados de CAPSi. Trata-se de um serviço público de saúde mental que acolhe e estabelece cuidados psicossociais no atendimento de crianças e adolescentes acometidos pelo sofrimento psíquico nas suas mais variadas formas, entre elas, aquelas decorrentes do uso e do abuso de drogas. Embora a pesquisa em questão se refira apenas aos adolescentes, o contexto de surgimento do CAPSi, bem como seu público alvo, não nos permite pensá-lo estabelecendo uma disjunção entre crianças e adolescentes, o que nos leva, neste aspecto e neste capítulo, a não fazer distinções com relação a estes sujeitos.

Trataremos de circunscrever o contexto, e identificar os antecedentes históricos que contribuíram para o surgimento dos CAPSi no Brasil, impulsionados por demandas clínicas e sociais que o legitimaram enquanto um serviço aberto, comunitário e de base territorial. Buscaremos situar os aspectos sociais, políticos e clínicos que levaram ao surgimento e a inserção dos casos de adolescentes usuários de drogas no campo da saúde mental. Da mesma forma, buscaremos identificar e discutir o mandato psicossocial destinado ao CAPSi ao longo da história de seu surgimento e implantação, bem como, os riscos de reprodução da desassistência a qual os jovens usuários de drogas se encontram.

Os antecedentes históricos que demarcaram o surgimento do CAPSi descortinam sucessivas práticas reveladoras de uma espécie de negligência advinda dos campos assistencial, psiquiátrico, jurídico e pedagógico, que evidenciam certa invisibilidade do sofrimento psíquico infanto-juvenil. No campo da saúde mental, tal aspecto se fez notar, por exemplo, no lento desenvolvimento da psiquiatria infantil, no tardio reconhecimento das questões infanto-juvenis no movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e, sobretudo, nas dificuldades de inserção dos casos de adolescentes usuários de drogas neste contexto.

Como observam Couto e Delgado (2015), a política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no Brasil começa a ser implantada no início do século XXI. Deste modo, a prática clínica e política marcada de forma emblemática pelas questões trazidas através dos casos de psicose infantil, autismo e outros casos graves, só começa a ser implantada no cenário nacional, neste período. Apesar disso, na década de 1990, já havia algumas experiências pioneiras que, posteriormente, tiveram influência na construção desta política.

A inclusão dos casos de crianças e adolescentes usuários de drogas no campo da Saúde Mental terá que esperar estes primeiros momentos. Trata-se de um processo que acontece não sem questionamentos, dúvidas, resistências e inseguranças por parte dos próprios operadores desta política. Diante da complexidade da problemática trazida por estes jovens, são compreensíveis estes modos de resposta. Mas, se avançarmos um pouco mais nestes aspectos, veremos que é possível constatar dificuldades de adesão ao tratamento, localizada, inicialmente, do lado dos próprios profissionais. Inicialmente, estes casos não foram reconhecidos como próprios ao campo da saúde mental. Expressões como: “não é aqui, não é caso pra nós”, ou, “não é caso de sofrimento mental”, eram bastante comuns de se ouvir. Na verdade, estudos como o de Passos et al (2016), têm evidenciado que aquilo que subjaz a estas expressões, ainda está bastante presente na prática com estes jovens em relação ao CAPSi. Deste modo, só seria caso para CAPSi aquele em que se observa um quadro de psicose associado ao uso de drogas. Há que se considerar no estudo dos autores algumas particularidades em nível de território e montagem da rede intersetorial do município onde a pesquisa foi realizada, mas, também é possível supor que os resultados encontrados por eles podem ser representativos de outras experiências. A nosso ver trata-se do surgimento de uma duplicidade de campos diagnósticos que se opõem, de forma velada, em alguns destes serviços. Em alguns casos, nem tão velados assim.

É, portanto, recente a inserção destes casos no campo da saúde mental, assim como, também são recentes as questões que eles suscitam na prática da atenção psicossocial. Nos estudos de Passos et al (2016) verifica-se que, no âmbito geral da saúde mental, apesar de ter crescido a discussão sobre a temática do uso de drogas na última década, “[...] é ainda pouco explorada ou cercada de estereótipos entre os profissionais da área.” (p.585) Observa-se também que os serviços de saúde mental encontram dificuldades nas proposições de ações resolutivas para o problema. Em relação ao tratamento de crianças e adolescentes, os autores afirmam a existência de uma “[...] escassez de propostas substanciais e experiências relevantes de longa duração”. (p.585).

A consideração de uma prática clínica e social, pautada prioritariamente pela clínica das psicoses e aquela que se produz através dos diversos fenômenos clínicos de nossa época, entre eles, a toxicomania, tem se dado à medida que esta última se revela como paradigma da clínica contemporânea, evidenciando uma das formas pelas quais o mal estar da civilização tem se expressado. Neste sentido, a toxicomania se situa para a adolescência de forma bastante particularizada, pois, lhe oferece um vigoroso recurso, o objeto droga, colocado à disposição do sujeito adolescente, para responder às implicações que a puberdade lhe impõe.

A dinâmica própria das transformações contemporâneas renova os modos pelos quais o sofrimento psíquico se apresenta nas crianças e nos adolescentes, convocando os CAPSi a reafirmarem, constantemente, sua posição frente a seu mandato psicossocial. Vejamos como podemos delimitar esta realidade no tocante aos casos de uso e abuso de drogas na infância e na adolescência.

1.1. A institucionalidade do CAPSi

Traçaremos três caminhos distintos e ao mesmo tempo complementares que funcionarão como eixos orientadores para delimitar o contexto de surgimento dos CAPSi e situar nossa questão acerca dos adolescentes usuários de drogas no tratamento nestes serviços. Entendemos que os antecedentes históricos e as bases sociais sobre as quais os CAPSi foram criados dizem muito sobre suas especificidades, sua função social e sobre os aspectos que marcaram a inserção da clínica da toxicomania com adolescentes.

O primeiro destes eixos consiste na interface estabelecida entre os campos jurídico e assistencial. Ambos têm no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei 8.069/90 (BRASIL, 1990a) seu principal expoente, bem como todo o reordenamento político-assistencial que se instituiu no país em relação à população infanto-juvenil a partir de sua criação. O segundo gira em torno da história da psiquiatria infanto-juvenil e o terceiro refere-se às mudanças ocorridas no país no âmbito do setor público de saúde, destacando-se aí a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica.

1.1.1. Antecedentes históricos no âmbito assistencial e jurídico

Iniciemos pelo campo assistencial da infância. A era moderna marca a emergência de um novo lugar para a criança e o adolescente, antes desconhecido para o homem medieval. O clássico livro “A história social da criança e da família”, do historiador francês Àries (1981), nos apresenta as transformações sociais e culturais ocorridas com esta população ao longo dos séculos XVIII, XIX e XX. A infância curta e insignificante, típica do período medieval, e restrita ao período da aquisição da fala, possibilitava, no entanto, superado os primeiros e incertos anos de vida, a precoce inserção da criança na vida social dos adultos. A baixa expectativa de vida, a presença de um modo de organização social pautado pelo espaço público e, sobretudo, a supremacia do pensamento religioso sobre o saber racional e científico, impediam o homem medieval de estabelecer definições claras acerca da infância e

da adolescência.

O período moderno desloca a criança e o adolescente do lugar anônimo que ocupavam na sociedade medieval colocando-os como alvo dos olhares mais proeminentes do então discurso científico representado pelos saberes pedagógicos, assistenciais, jurídicos, psicológicos e médicos, especialmente, o psiquiátrico. Observa-se que a característica disciplinar das sociedades dos séculos XVIII, XIX, e meados do século XX, tal como encontramos em Foucault (1987), se fazem notar, sobretudo no campo da assistência a infância e adolescência. Arantes (2008) situa o surgimento de um novo modelo de infância e adolescência articulado ao movimento higienista que, através do discurso médico-preventivo, se insere no Brasil por volta da segunda metade do século XIX pautando suas ações em medidas morais e estigmatizantes.

Enquanto objetos de estudo, a infância e a adolescência, serão passivamente esquadrihadas pelo saber cientificista, dando origem aos diversos especialismos que se ocuparão de produzir conhecimento sobre estes períodos da vida. Conhecer a infância e a adolescência torna-se algo fundamental para o futuro da sociedade, pois, daí em diante, intervir em crianças e adolescentes seria o mesmo que garantir o estado de bem estar social das sociedades e das novas gerações.

O olhar jurídico e assistencial sobre a parcela mais pobre da população infanto-juvenil, costumeiramente, a marginalizava, o que incidia nos modelos e nas representações da infância e adolescência da época, bem como, nas formas de cuidado desta população. De acordo com Veiga e Faria (1999), o modelo higienista apontava o vício, a orfandade e a vadiagem como fatores ameaçadores para uma sociedade sadia. Na Europa, esta conjuntura de aspectos é também reforçada. Ajuriaguerra (1976) comenta o surgimento dos primeiros tribunais de menores no início do século XX, apoiados, sobretudo, , pelo avanço do paradigma higienista enquanto medida preventiva para o surgimento de patologias cujas origens eram fortemente localizáveis em modos de vida marginalizados. Esta discussão fundamentará, na segunda década do século XX, os primeiros centros de reeducação de delinquentes infanto-juvenis e os ditos, perigosos morais.

Tais aspectos podem ser encontrados nos estudos brasileiros das pesquisadoras Irene Rizzini e Pilloti (1995; 2004) e Irma Rizzini (1993), que têm se dedicado ao estudo dos processos de institucionalização de crianças e jovens no país. Estes estudos contribuíram de forma significativa para estabelecermos os antecedentes históricos aqui apresentados. Irma Rizzini (1993) demonstra as características e os efeitos deste processo dividindo-o em três momentos, que vamos considerá-los como referência, pois, nos parece evidenciar importantes

aspectos acerca dos estigmas presentes na infância e adolescência institucionalizada, bem como a importância dada aos modelos fechados de assistência, os quais, a nosso ver, serão precursores das medidas de internação.

O primeiro deles compreende o período que vai da segunda metade do século XIX até a década de 1920, no qual predominaram as primeiras iniciativas, oficiais e não oficiais, de atendimento a infância e juventude no Brasil. Sustentado por um projeto de normalização da infância e adolescência cujos objetivos eram a prevenção do desvio moral, o controle das doenças sociais e a ordem pública, este período fará surgir a figura do ‘menor’, estigmatizado pelas classes médica e jurídica. A abordagem ao ‘menor’ representava uma necessária causa a ser abraçada em prol do futuro da sociedade, já que a infância e a juventude ‘moralmente abandonada’ eram consideradas como potencialmente perigosas para o progresso e a segurança das sociedades. Com o despontar dos primeiros problemas sociais e urbanos, a institucionalização de crianças e jovens pobres, marginalizados e desvalidos tornou-se rapidamente a resposta mais efetiva para a manutenção da ordem pública.

Neste sentido, é também nos trabalhos de Irma Rizzini (1993), que encontramos a primeira alusão ao uso de drogas na adolescência enquanto objeto de intervenção do Estado. A pesquisadora indica que entre os anos de 1908 e 1920 a embriaguez em jovens, de ambos os sexos, menores de 20 anos, era considerada uma das contravenções mais comuns e que mais alarmava a sociedade da época, associada à vadiagem, ao jogo, a desordem e ao uso de armas. O uso de álcool pelos pais aparece como um dos fatores para o surgimento da expressão “moralmente abandonado” atribuído aos jovens, e considerado uma das fontes da criminalidade nestes grupos. A internação asilar, a obrigatoriedade do ensino médio dos sete aos quatorze anos e a proibição da venda de bebida alcoólica para menores consistia em propostas apresentadas na época para a solução dos primeiros problemas relacionados ao álcool que se esboçavam para esta população.

Outra referência encontrada nos estudos da pesquisadora consiste nos asilos e colônias correccionais cuja finalidade consistia no recolhimento de menores “viciosos”. Esta expressão vinha sempre acompanhada de outras como, “vadios”, “abandonados” e “delinquentes”.

Seguindo esta mesma linha, Pilotti e Irene Rizzini (1995) também analisaram este período indicando-nos como um de seus principais balizadores a presença de um cenário inicial, fortemente marcado por um viés tradicional e caritativo. Em outro trabalho, Irene Rizzini (2004), retoma esta mesma discussão ressaltando que, desde o início, o processo de institucionalização de crianças e adolescentes no Brasil foi marcado pela adoção de um modelo centralizador que encontrou na internação sua principal medida de ação. Ressalta-se

ainda, que tal modelo não se restringia às estruturas psiquiátricas hospitalares, mas também às mais diversas instituições de características asilares, como as que surgiram no século XIX e início do século XX conhecidas como Orfanatos, Casas de Custódia, Reformatórios e outras instituições do gênero. Veiga e Faria (1999), reforçam os estudos destes autores ao demonstrarem que na sociedade mineira das primeiras décadas do século XX, a internação permanente, ou por longos períodos, dava vigor a este modo de assistência que retirava arbitrariamente crianças e jovens de suas famílias, pobres, em nome de um ideal de progresso.

Irene Rizzini (2004) reflete ainda, sobre a nomeação e as ações das instituições asilares, responsáveis pelo recolhimento da população infanto-juvenil. Cita o Asilo de Menores, de 1924, no Rio de Janeiro, para ‘menores’ de ambos os sexos abandonados e delinquentes, na faixa de 8 a 18 anos, assim como, o Asilo de Mendicidade de 1854, também no Rio, que funcionava como orfanato, hospital, manicômio, hospício de velhos, casa de mendigos e de recolhimento de “vagabundos”. Outras instituições engrossam esta lista: o Asilo de meninos desvalidos, de 1875, destinado a meninos de baixa renda e que oferecia formação profissional, incentivava-os a iniciar a carreira militar ou formação superior de acordo com o que consideravam ser a inteligência e aptidão do jovem. Sua clientela era de meninos “desvalidos” entre 8 e 21 anos, ou seja, órfãos de pai e mãe, ou de um dos dois, mas, que não puderam mantê-los. Em 1902, o Instituto Disciplinar, em São Paulo, tinha como função recolher menores delinquentes, vadios e viciosos. Em 1903, ressalta-se a Casa de Detenção, no Rio, na qual jovens e crianças eram recolhidos arbitrariamente permanecendo à disposição da autoridade policial. Também a chamada Colônia Correccional de Dois Rios, no estado do Rio de Janeiro, teve como objetivo recolher menores “abandonados” e “viciosos”.

Em relação às meninas, citamos aqui, em 1883, as Santas Casas de Misericórdia e suas instituições de recolhimento de órfãs brancas e desvalidas, “[...] filhas de legítimo matrimônio. [...] Não só amparar meninas pobres, mas também criar para a sociedade mulheres estimáveis por suas virtudes domésticas.” (PILLOTI e RIZZINI, Irene 1995, p.167).

Mas talvez, a instituição historicamente mais conhecida e mais antiga tenha sido a Casa dos Expostos que existiu no Brasil desde 1738 até o início do século XX, cuja função era receber crianças abandonadas ao nascer ou ainda muito jovens. (ARANTES, 2008).

Irma Rizzini (1993) apresenta dados alarmantes sobre os índices de mortalidade nas instituições asilares de crianças e adolescentes. Entre os anos de 1852 a 1853 registrou-se nas instituições do Rio de Janeiro um índice de 82% de mortalidade de crianças e jovens. Este cenário será um problema muito frequente ao longo de toda a segunda metade do século XIX e início do século XX. Esta mesma realidade será apontada por Marcelli (1998) na sociedade

francesa do século XIX, em que relatava elevado número de crianças abandonadas e numerosos infanticídios e maus tratos, associados a precárias condições de higiene nas instituições de abrigo.

A institucionalização de crianças e jovens no Brasil teve, no entanto, uma dupla função: para aqueles que se originavam de famílias mais abastadas, tal procedimento pretendia oferecer formação profissional e a manutenção dos bons costumes da sociedade. Para aqueles de famílias pobres, o objetivo foi a reforma e a correção de meninos e meninas cujo futuro era incerto aos olhos dos ideais dominantes da época. Segundo Irene Rizzini (2004), essas medidas, que se davam por interesses clientelistas promoviam ainda a desautorização da função parental daqueles menos abastados, fortalecendo assim, o exercício tutelar do Estado sobre os filhos dos pobres.

O segundo momento da história da institucionalização de crianças e jovens no Brasil, apresentado por Irma Rizzini (1993), inicia-se com o antigo Código de Menores (BRASIL, 1927). Se por um lado, esta legislação destacava-se por ter sido a primeira destinada à assistência à criança e ao adolescente no Brasil, por outro, ela reforçava a categoria ‘menor’ e estigmatizava ainda mais a infância e juventude pobres através da chamada “Doutrina da Situação irregular”. Trata-se de considerar o ‘menor’ como aquele que não se adequa à ordem pública, o que revela, portanto, que tal categoria não se destinava a todas as crianças e adolescentes, mas sim, apenas àqueles em situação irregular do ponto de vista social. No caso das adoções, por exemplo, o Código de Menores defendia muito mais o melhor interesse dos possíveis genitores do que das próprias crianças e adolescentes.

A principal característica deste momento é a tentativa, por parte do governo, de implantar uma política assistencial para crianças e adolescentes, algo que na verdade não ocorre. O que se verificará serão ações fragmentadas, ainda pautadas em medidas punitivas e disciplinares, mas, sobretudo, seletivas, já que se pautavam pela figura do ‘menor’. Segundo escreve Irma Rizzini (1993), nas décadas que se seguiram destaca-se em 1941, o Serviço de Assistência ao Menor, (SAM), criado pelo governo de Getúlio Vargas, que teve como objetivo executar uma política nacional de assistência ao ‘menor’. Nesta época surgiram as chamadas Escolas de Reforma, que se instalavam longe dos centros urbanos e cuja função foi a de recolher, abrigar e reeducar os menores, em uma perspectiva corretiva. Apesar de sua principal função consistir na formação educacional, a principal ação do SAM foi a de funcionar como estratégia de manutenção da ordem social operando uma verdadeira “limpeza das cidades” (RIZZINI, 2004). Assim, as formas de exclusão se renovavam, como nos ensina Foucault (1987).

Em 1964, foi criada a Fundação Nacional do Bem Estar do Menor, (FUNABEM). Marcada por um forte autoritarismo, esta instituição surgiu com a finalidade de responder ao fracasso do SAM. A Fundação Estadual do Bem Estar do Menor, as FEBEMs, foram instituídas em âmbito estadual geridas pela política nacional da FUNABEM. Também se constituíram em exemplo vivo de instituições totais à medida que se tornaram cada vez mais fechadas e segregativas. Ferreira (1999) destaca que o lugar escolhido para o confinamento institucional era, em grande parte, o interior dos Estados, longe do desenvolvimento urbano das grandes cidades. Segundo a autora, no estado de Minas Gerais 80% dos meninos internados nas instituições correccionais eram da capital e a longa permanência nestas instituições ocasionava assim o rompimento ou mesmo o distanciamento dos vínculos familiares.

Em 1979, o Código de Menores sofre algumas alterações, passando a vigorar através da lei 6.697 (BRASIL, 1979), mas, se mantém sob as mesmas diretrizes excludentes e seletivas que o sustentaram ao longo de quase todo o século XX. Em meados da década de 1980, o processo de redemocratização do país favorecerá o questionamento das práticas totalitárias sustentadas até então, iniciando-se assim, o terceiro momento proposto por Irma Rizzini (1993).

Neste âmbito, o Estatuto da Criança e do Adolescente, ECA, (BRASIL, 1990a), substituirá o antigo Código de Menores (BRASIL, 1927, 1979) consistindo em um marco fundamental para o início de novos paradigmas assistenciais a esta população. A garantia de direitos fundamentais à infância e à juventude, como a convivência familiar, em detrimento à institucionalização, o acesso à educação, à cultura e a assistência à saúde, assim como, o novo ordenamento legal que normatizará as situações de privação de liberdade, tornando-a uma medida extrema, fundamentarão a Doutrina da Proteção Integral à criança e ao adolescente, principal eixo do ECA, que substituirá a antiga Doutrina da Situação Irregular. Neste reordenamento legal, político e social, não serão as crianças e os adolescentes que estarão em situação irregular diante do Estado, mas ao contrário, o Estado é que estará em situação irregular sempre que não for capaz de garantir seus direitos fundamentais. De objetos de cuidado assistencial, a população infanto-juvenil surge como sujeitos de direito e, portanto, cidadãos. Tal perspectiva situa o ECA como uma legislação destinada a toda e qualquer criança e adolescente, independente de sua classe social ou qualquer outro aspecto classificatório.

Encontram-se aí os principais antecedentes históricos e sociais que influenciaram o surgimento dos novos serviços e equipamentos públicos, a partir dos anos de 1990, destinados

ao cuidado de crianças e adolescentes. Os pressupostos do atendimento em meio aberto que englobam a noção de cidadania para a população infanto-juvenil, vão se contrapor aos encontrados nos períodos anteriores refletindo em novos paradigmas destinados para esta população, os quais se converterão em modelos descentralizados de política pública e ações de base comunitária.

A década de 1990 é também um período em que o problema do uso de drogas entre crianças e adolescentes, surge no Brasil de forma mais incisiva. Apesar disso, os novos modelos de atenção e cuidado da população infanto-juvenil parecem ainda refratários aos casos de uso e abuso de drogas. Estudos brasileiros relatam algumas especificidades acerca da trajetória de uso e abuso de drogas por crianças e adolescentes a partir dos anos de 1990. Minayo (2003) observa que este período estabelece uma relação entre o aumento do consumo de drogas entre a população de crianças e adolescentes de 10 a 18 anos, com alguma história de passagem pela rua, na cidade do Rio de Janeiro. Destacavam-se neste período o uso da cola de sapateiro e dos solventes, o que foi considerado pela autora, como indicador da fragilização dos laços sociais e familiares.

Nos estudos de Bucher (1996) encontramos uma análise acerca do momento em que se introduzia em São Paulo o uso do crack. Seu alto poder de dependência não favoreceria um uso esporádico como ocorria com os solventes e, sobretudo seu caráter ilícito e marginal daria a esta droga os componentes necessários para que seu uso se configurasse progressivamente como um grande desafio social. No que se refere ao uso de drogas na infância e na adolescência, o autor também ressalta as experiências de vivência na rua, destacando a presença do uso da maconha junto ao dos solventes. Nestes estudos, o álcool correspondia a situações pouco significativas para esta população, sendo associado, na maioria das vezes, à população adulta moradora de rua. O autor faz uma análise deste contexto entendendo que o uso de drogas servia como forma de ingresso na vida na rua, cuja função geral seria a de garantir pertencimento grupal, dar algum tratamento para a angústia frente ao abandono e aos maus tratos sofridos pelo grupo familiar, a fome e também em relação a questões próprias à necessidade de sobrevivência nas ruas.

Nos estudos de Baptista et al (2000), delimita-se de forma mais expressiva, nesta mesma população, uma vertente de pesquisa que destaca uma perspectiva utilitarista da droga em virtude daquilo que se quer alcançar com seu uso. As crianças e os jovens entrevistados pelo estudo faziam referências a situações na rua em que, diante de certos riscos, necessitavam de drogas mais excitantes como a cocaína e em outros momentos, de drogas mais relaxantes como a maconha.

Em 2013, uma pesquisa da FIOCRUZ (BASTOS e BERTONI, 2014), realizada através de uma articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça, apontou dados epidemiológicos que indicavam que 14% dos usuários de crack e similares no Brasil eram menores de 18 anos, o que correspondia, na época da pesquisa, a uma população de aproximadamente 50 mil crianças e adolescentes. Outros estudos que visam abordar o assunto do uso de drogas na infância e adolescência surgem no final da primeira década dos anos 2000 e início da segunda década, ressaltando nesta população o uso de crack e a relação com a rua. (ANDRADE e SANTIAGO, 2007; LIMA, VALENTIM e ROCHA, 2013).

Ao longo das primeiras décadas do século XXI, o problema do uso e do abuso de drogas entre crianças e adolescentes vai se complexificando, produzindo certas verdades e reproduzindo certos estigmas. Este contexto convocará diversos campos de atuação, entre eles, o da saúde mental, de forma cada vez mais incisiva. A relação entre sofrimento mental e os comportamentos de desajustes sociais e de conduta fomentarão um debate que irá polarizar nestas condições a justificativa para a inserção, ou não, de tais casos na saúde mental.

1.1.2. Antecedentes históricos no âmbito da psiquiatria infanto-juvenil

No que se refere às particularidades da história da psiquiatria infanto-juvenil, observa-se que, se no início do século XX, cem anos após a publicação do Tratado de alienação mental de Pinel (1809), a psiquiatria já estava consolidada enquanto prática clínica, mas, o mesmo ainda não ocorria com a psiquiatria infanto-juvenil. É o que destaca Bercherie (2001). Para autores como ele e Ajuriaguerra (1976), este atraso pode ser explicado pelo fato de que, durante o século XIX não se postulava o enlouquecimento na infância e a única possibilidade de adoecimento psíquico na criança consistia nos quadros de retardamento mental. Este aspecto cobrirá boa parte da história da psiquiatria infanto-juvenil e nos permitirá compreender o tardio surgimento de uma clínica psiquiátrica especificamente para crianças e adolescentes, bem como a parceria que se estabelecerá neste campo entre a psiquiatria e a educação que, mais tarde, será responsável por uma das facetas do mandato social que recairá sobre o campo da saúde mental infanto-juvenil. Buscaremos demonstrar também, de que forma os casos de uso e abuso de drogas, em adolescentes, foram se inserindo neste mesmo campo.

Como escreve Bercherie (1980), em seu livro “*Os fundamentos da clínica - História e estrutura do saber psiquiátrico*”, na tradição pineliana e esquiroliana, a idiotia, na época, equivalente ao retardo mental, consistia na quarta e última classificação nosográfica, proposta

por Pinel. A única que se aproximava de uma possível articulação com a infância e a juventude. A base de tal aproximação estava em suas possíveis causas congênitas. Durante quase todo o século XIX, as questões relativas ao idiotismo consistirão no tema central da psiquiatria voltada para a criança e o adolescente, por isso, no livro de Bercherie (1980), ao identificar os aspectos que dão fundamento à clínica psiquiátrica, só há referência à população jovem nas ocasiões em que escreve sobre o retardo mental.

A idiotia, na tradição pineliana, era considerada um quadro refratário a qualquer tratamento ou cura, o que não ocorria para a loucura, pois, contrariando o pensamento da época, então guiado pelo viés anátomo-patológico representado pelas ideias do médico Xavier Bichat, Pinel (1809) não atribuía à loucura causas orgânicas e lesionais. Segundo Bercherie (1980) mesmo nos procedimentos anátomo-fisiológicos que realizou, Pinel nunca verificou nenhuma associação entre a loucura e possíveis danos cerebrais, exceto, nos casos de idiotismo congênito, nos quais, as causas lesionais estavam presentes através dos quadros de má formações, ou lesões secundárias. Esta posição o levou a acreditar na cura da loucura, o que pode ser constatado através de seu tratamento moral, mas, a desacreditar inteiramente do tratamento das idiotias. Justificava-se, assim, seu não investimento nestes casos.

A posição pessimista de Pinel é herdada pela tradição esquiroliana, que reafirmará a impossibilidade de cura da idiotia ao longo de todo o século XIX, fomentando fortes consequências para o campo da psiquiatria infanto-juvenil, já que, este era o paradigma da mesma. (BARRETO, 1999; BERCHERIE, 1980). A consequência direta deste descaso será o lento reconhecimento do enlouquecimento psíquico em crianças e jovens, o que refletirá no surgimento tardio da clínica psiquiátrica infanto-juvenil em toda a sua especificidade. O retardamento mental ocupará inicialmente o lugar que mais tarde será ocupado pelas psicoses infantis, pelo autismo e diversas outras formas de adoecimento psíquico na infância.

Esta discussão circunscreve necessariamente a interface que será estabelecida ainda no século XIX entre a psiquiatria e o campo educacional, porém ainda apoiada na clínica psiquiátrica do adulto. Para Ajuriaguerra (1976), o retardo mental em crianças englobava problemas decorrentes da surdez e da cegueira. Bercherie (2001) e Ajuriaguerra (1976) destacam importantes educadores, representantes deste período que, por sua vez, também marcaram posições divergentes em relação às assumidas por Pinel, Esquirol e seus seguidores. São eles: Jean Marc Gaspard Itard (1774-1838), Edouard Séguin (1812-1880), Louis Delasiauve (1804-1893) e Johann Heinrich Pestalozzi (1746 – 1827). (BERCHERIE, 2001; AJURIAGUERRA, 1976). Vitor, o chamado, selvagem de Aveyrón, encontrado em 1799 vivendo ainda em idade muito precoce em um contexto social isolado, foi levado a Paris

para ser avaliado por Pinel, que o classificou como um caso de idiotia, ou seja, um caso incurável. Confiado a Itard, foi submetido a diversos métodos pedagógicos que alcançaram um sucesso parcial, mas, posteriormente, a criança teria regredido e “desaprendido” as aquisições conseguidas com o trabalho do educador. (BANKS-LEITE e GALVÃO, 2000; BERCHERIE, 2001). Muito do que foi descrito sobre o menino Vitor, seria hoje facilmente associado, segundo Bercherie (2001), a um quadro típico de psicose infantil ou, mesmo de autismo. A relação da psiquiatria infantil com a educação se fazia ainda notar, segundo Ajuriaguerra (1976), nas primeiras turmas de educação “especial”, criadas por volta de 1898 por Edouard Claparède, e na construção dos primeiros critérios de admissão de crianças para tais turmas, iniciados entre os anos de 1904 e 1908, impulsionadas pelas contribuições de Alfred Binet e Theodore Simon.

Este cenário em que inexistia o enlouquecimento infantil começa a modificar-se por volta de 1880, quando surgem as publicações dos primeiros tratados de psiquiatria infantil nas línguas francesa, alemã e inglesa. Contudo, nas observações de Bercherie (2001), ainda não se tratava de uma psiquiatria infantil propriamente dita, mas sim, de uma clínica do adulto aplicada à criança. Os principais autores da época buscaram aplicar na criança, os mesmos quadros nosológicos dos adultos.

O surgimento da psiquiatria infanto-juvenil como um campo autônomo de investigação só ocorrerá, tanto para Ajuriaguerra (1976) quanto para Bercherie (2001), nas primeiras três décadas do século XX. Neste período destacaram-se os trabalhos psicométricos de Binet, a psicanálise de Freud, em especial a publicação de seu artigo “Três ensaios sobre a sexualidade” de 1905 e suas descobertas de que o adoecimento no adulto é fruto de conflitos internos iniciados na infância, assim como o lugar dado a higiene mental como possibilidade de prevenção de futuras patologias. Estes aspectos irão compor o cenário que favorecerá um novo patamar para a psiquiatria infanto-juvenil.

Ocorre neste período, como escreve Bercherie (2001), a publicação de uma série de novos tratados de psiquiatria infantil, destacando-se entre eles os alemães Strohmayer, em 1910, Homburger, em 1926, e o italiano Sante de Sanctis, em 1925. A demência precoce de Kraepelin (posteriormente chamada de esquizofrenia, por Bleuler) teve grande importância para a pedopsiquiatria da época, assim como ocorreu mais tarde com a demência precocíssima. Segundo o autor, as primeiras descrições da psicose infantil encontram seus alicerces em Bleuler, em 1911, quando ele retira da noção de esquizofrenia o estatuto de demência que a fundamentava até então. Ressalta-se, ainda, o tratado de Kanner, de 1935, que além de representar uma importante interface com a psicanálise, também se tornará uma

referência fundamental para a psiquiatria infantil, tendo em vista que em 1943, ele descreve a síndrome autística precoce e a diferencia das esquizofrenias infantis tardias. (KANNER, 1943).

A partir de 1930, enquanto de um lado, recua o modelo da psiquiatria clássica, de outro, em relação à infância, a psicanálise avança imprimindo importantes contribuições, sendo possível inclusive constatar o início de métodos psicoterápicos. (BERCHERIE, 2001; AJURIAGUERRA, 1976). Abre-se então um amplo campo de investigação que se ocupará do estudo das neuroses e das psicoses infantis, da distinção dos verdadeiros quadros de oligofrenia, dos sintomas somáticos e comportamentais, bem como, das perturbações no desenvolvimento psicomotor e precoce da criança. No campo da psicanálise surgem autores como Ana Freud (2006) com a psicologia do ego, Melaine Klein (1930/1996) e o famoso caso Dick, comentado por Lacan no Seminário 1 (1953/1986), e Winnicott (1975) que reforça a importância da mãe para o desenvolvimento mental da criança, a partir de sua noção de mãe suficientemente boa. Escreve Bercherie (2001) que, enquanto a psiquiatria é pré-psicanalítica, a psiquiatria infantil é psicanalítica.

A partir da década de 1940, a psiquiatria infanto-juvenil já estava consolidada como um campo autônomo em que a psicose infantil, o autismo, os quadros de retardo mental, os distúrbios do desenvolvimento humano e aspectos escolares encontravam seus respectivos lugares.

Ajuriaguerra (1976) destaca ainda nesse período o despontar de um viés psiquiátrico que, algumas décadas depois, dominará, de forma hegemônica, todo o campo da psiquiatria incidindo diretamente sobre a população infanto-juvenil. Trata-se da vertente biologicista que avançará ao longo da segunda metade do século XX, após a descoberta dos primeiros psicofármacos e de seus efeitos bioquímicos no cérebro, bem como o avanço do campo das neurociências. Segundo Viana (2010), ao longo da história da psiquiatria, a inconsistência e a fragilidade dos diagnósticos psiquiátricos sempre foram alvos de diversos questionamentos e, diante disso, surgiu a necessidade de sistematizá-los de forma cada vez mais “segura”. Na sexta versão da “Classificação Internacional de Doenças” (CID-6), proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), foram incluídas as primeiras classificações das desordens mentais. A primeira versão do “Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais” (DSM), é contemporânea desta época, surgindo em 1952, pela *American Psychiatric Association* (APA). Nesta primeira versão foram descritos cento e seis diagnósticos. A oposição dos psiquiatras norte-americanos em relação às vertentes psicodinâmicas e sociais da psiquiatria, das quais a psicanálise se aproxima, os levará a uma corrida frenética por estabelecer e

descrever todo e qualquer comportamento que escape à norma, para usar uma expressão de Canguilhem (2014), quando já em 1943, este autor se propôs a refletir sobre o normal e o patológico. Em 2014, o DSM (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) foi apresentado à comunidade científica em sua quinta versão, com a descrição de mais de quatrocentos diagnósticos.

O surgimento da clínica da toxicomania vai se iniciar lentamente após a segunda metade do século XX e dependerá de algumas conjunturas para que se instale neste mesmo campo.

O “Manual de Psiquiatria infantil” de Ajuriaguerra (1976), publicado originalmente em 1970, traz uma extensa descrição de diversos quadros de adoecimento psíquico na infância e na adolescência, mas, foi em seu penúltimo capítulo que nossos interesses se voltaram de maneira especial. Nesta parte de seu trabalho, o qual foi nomeado de “A criança, o adolescente e a sociedade”, o autor discute a delinquência e os desvios sociais de conduta encontrados em crianças e jovens. Entre os principais assuntos discutidos estão as psicopatias, as perturbações do comportamento e do caráter, as personalidades delitivas, as atuações, os delitos, a piromania, os roubos e a vagabundagem e, as questões relativas ao uso de drogas em crianças e adolescentes. A presença dos problemas relativos ao abuso de drogas em um capítulo que discute desvios de conduta pareceu-nos indicar uma perspectiva pautada na marginalização do uso de drogas na infância e na adolescência.

Em meio a toda discussão social e desenvolvimentista que o autor nos apresenta, destacamos que foi neste subcapítulo que, pela primeira vez em nossos estudos, acerca do campo da psiquiatria infanto-juvenil, que encontramos uma descrição dos problemas decorrentes do abuso de drogas. Foi também nele que encontramos pela primeira vez neste contexto, o uso do termo “toxicomania”. A expressão encontra-se no título nomeado de, “As toxicomanias e a personalidade do toxicômano”. (AJURIAGUERRA, 1976, p. 917).

A leitura do texto de Ajuriaguerra (1976) nos remeteu a alguns documentos citados, que se referiam a fontes advindas da Organização Mundial de Saúde (1965; 1967). Ao buscarmos estas fontes verificamos que o fenômeno de consumo abusivo de substâncias pela população começa a ser alvo de preocupações no âmbito da psiquiatria internacional, em meados da década de 1960. A questão da toxicomania em crianças e adolescentes será assunto de especialistas, apenas nas três últimas décadas deste mesmo século quando, inicialmente, o tema ganhará ampla repercussão em diversos países, sobretudo nos mais industrializados, acentuando-se aí a relação deste uso com práticas delituosas.

No documento denominado “Problemas de saúde da adolescência – informe de um

comitê de Especialistas da OMS,308” (OMS, 1965, tradução nossa)⁶, há um item que trata dos problemas de saúde mental de adolescentes. Nele, a OMS se posiciona no sentido de estabelecer uma distinção, a nosso ver, frouxa, acerca das especificidades da adolescência. Afirmava-se que muitos dos aspectos apresentados pelos adolescentes assemelham-se aos dos adultos e, apesar disso, deveriam ser tratados com a devida distinção. Fazendo alusão a uma perspectiva desenvolvimentista, o documento orienta também que não é conveniente colocar etiquetas diagnósticas em situações passageiras encontradas no desenvolvimento de adolescentes, pois, na maioria dos casos “[...] retoma-se a marcha normal do processo de maturidade do adolescente”. (OMS, 1965, p. 25, tradução nossa)⁷. Os mais graves transtornos emocionais ligados à adolescência foram elencados da seguinte forma: a tendência ao suicídio, a esquizofrenia, as depressões e os desvios sexuais. Nenhuma referência ao abuso de drogas, o que nos permite pensar que as orientações dadas pela OMS em relação à saúde do adolescente não consideravam o abuso de drogas como um problema de saúde ou, que neste período, esta questão ainda não possuía a relevância que tem na atualidade.

Há, é verdade, um alerta sobre a falta de dados no que tange à saúde dos adolescentes em diversos países e também a necessidade de se atentar para as repercussões psicossociais na vida dos adolescentes, o que deveria estimular novas pesquisas e investigações internacionais e regionais sobre esta população. Mas é só.

Será apenas em outro documento, publicado dois anos mais tarde, que encontramos uma discussão específica sobre os problemas decorrentes do abuso de drogas na adolescência. O informe 363, da OMS (1967), intitulado “Serviços de prevenção e tratamento da dependência causada por álcool e outras drogas – informe do comitê de especialistas em saúde mental da OMS (tradução nossa)⁸”, trouxe um único parágrafo no qual discorria acerca do uso abusivo de drogas na adolescência. Apoiada em estudos realizados no Japão e no Reino Unido, a OMS (1967) indicava um aumento de usuários abusivos de álcool e de drogas “[...] entre os jovens, ávidos por prazer” (OMS, 1967, p. 11, tradução nossa)⁹. O abuso de drogas nos adolescentes pareceu surpreender o comitê como um fenômeno distinto do que já ocorria entre a população adulta. Em Londres, na década de 1960, percebia-se o início de um processo de uso de anfetaminas, por adolescentes, seguido de heroína e cocaína. Este processo foi considerado “[...] um novo e inquietante fenômeno, tanto no Reino Unido quanto em

⁶ Problemas de salud de la adolescencia – informe de un comité de Expertos de la OMS, 308.

⁷ [...] se restablece la marcha normal del proceso de maduración del adolescente. (OMS, 1965, p. 25).

⁸ Prevención y tratamiento de la adicción por el alcohol y otras drogas-informe de la Comisión de expertos sobre los que mental salud.

⁹ [...] entre los jóvenes, ávidos de placer.

outros países, mesmo considerando que o abuso da heroína já estava difundido em diversas regiões há algum tempo” (OMS, 1967, p.12, tradução nossa)¹⁰, assim como o uso de drogas intravenosas em jovens da Suécia. O aspecto novo, não foi o abuso de drogas em si, mas o crescente abuso de drogas na população jovem.

O pequeno subitem presente no documento de 46 páginas da OMS (1967) termina com um tom de alerta, dizendo que “[...] estes abusos que se propagam como verdadeiras epidemias parecem ser especialmente perigosos para certos grupos de adolescentes.” (1967, p. 12, tradução nossa)¹¹. O documento não define que grupos seriam estes.

Ajuriaguerra (1976) afirmou que na década de 1970, os problemas decorrentes do uso de drogas entre os adolescentes era um problema recente, já que a questão referia-se, até pouco tempo, apenas à população adulta. Parecia constituir-se como um problema psicossocial de massa. Os estudos epidemiológicos e socioculturais foram ressaltados como importantes instrumentos para a prevenção do uso de drogas entre os jovens. O abuso de psicotrópicos pelos pais também foi considerado fator de risco para os adolescentes.

Na tentativa de listar as drogas mais usadas por jovens, Ajuriaguerra (1976) analisa alguns grupos específicos de substâncias de acordo com sua atuação no organismo e função para os sujeitos. Os psicoestimulantes, por exemplo, foram descritos como substâncias que inicialmente foram usadas por estudantes com a finalidade de melhorar o desempenho diante dos exames. Seus efeitos estavam associados ao surgimento de transtornos do humor, irritabilidade e síndromes confusionais. O uso associado de barbitúricos tinha como finalidade desacelerar o ritmo psíquico. Anfetaminas para despertar e hipnóticos para dormir. O movimento *hippie*, nos Estados Unidos teria sido precursor do uso de psicoestimulantes por jovens, os quais eram consumidos inicialmente através de comprimidos e posteriormente por via intravenosa. Alcançando países como a Suécia e a Inglaterra, esta forma de uso produzia hiperexcitação, estados confuso-alucinatórios e paranoides. Era também comum associá-las ao uso de soníferos e também a heroína. A experiência intravenosa instaurou uma rápida relação de dependência física, instabilidade psíquica e um alto risco de morte por colapso cardíaco.

O grupo dos opiáceos é representado pela heroína, cocaína e morfina. Inicialmente, estas eram drogas usadas pela população adulta, no entanto, já na década de 1970, ainda de acordo com Ajuriaguerra (1976), observou-se o início do uso destas substâncias em

¹⁰ [...] un nuevo e inquietante fenómeno, tanto en el Reino Unido como en otros países, incluso considerando que el abuso de la heroína ya estaba difundido en varias regiones hace algún tiempo

¹¹ [...] estos abusos que se propagan como verdaderas epidemias parecen ser especialmente peligrosos para ciertos grupos de adolescentes.

adolescentes. Esta seria a toxicomania mais grave entre os adolescentes, pois, pode fazer o sujeito chegar ao coma ou, à morte, através de experiências de overdoses. O uso da heroína requer novas doses várias vezes ao dia, levando o sujeito rapidamente ao estado de dependência. São descritos quadros de submissão e, ao mesmo tempo de superexcitação ansiosa. Outras drogas muito usadas por jovens na década de 1970 foram o LSD, caracterizado por desenvolver um quadro de onirismo e êxtase, a maconha, algumas drogas sintéticas e também o álcool.

Uma análise sobre a distinção entre o consumo de drogas nos jovens e o que chamou de toxicomanias clássicas, também foi realizada, o que nos pareceu antecipar, em alguns aspectos, a discussão presente na psicanálise lacaniana acerca da toxicomania, que ocorrerá alguns anos mais tarde. A idade cada vez mais precoce em que os jovens vinham fazendo suas primeiras experimentações com a droga é ressaltada. Na América do Norte, já no ensino primário, na Europa, entre os 12 e 13 anos. Em seguida, ressaltou a variedade de substâncias utilizadas como drogas, o grande interesse de experimentar as novas sensações, o que explicaria a rapidez com que os jovens passavam de uma droga para outra e a conseqüente escalada das drogas consideradas leves para as mais pesadas. Destacou ainda que “o risco de intensificação aumenta com a existência de um importante sofrimento psíquico no indivíduo e os estreitos contatos com o mundo da droga e seu tráfico”. (AJURIAGUERRA, 1976, p. 918, tradução nossa)¹². O caráter politoxicomaniaco, ou seja, o uso de múltiplas drogas, também é destacado. Ocorre tanto de forma repetida, como de forma descontínua que ocorre de acordo com o que há de mais acessível no contexto cultural ou de mercado. Também as diversas possibilidades de administração da droga no corpo são ressaltadas como a via oral, intravenosa, intramuscular, no antebraço ou abaixo da língua. Mas, apesar desta diversidade de formas de uso em que a droga incide sobre o corpo, no caso dos jovens, a maioria não preferia a via intravenosa, mas sim, o uso da cannabis.

Ajuriaguerra (1976) tentou descrever o que chamou de “verdadeiros toxicômanos”, referindo-se a eles como sujeitos solitários, em contato direto com o tráfico e com a prostituição, assim como com grupos “delinquentes”. Interessou-se também pelo lugar social que certas substâncias ocuparam ao longo da história da civilização. Ressaltou que o uso da cannabis e dos opiáceos era feito em sociedades orientais, no século XIX, ou guetos industriais como recurso à miséria e a subalimentação, o que também encontramos nos estudos de Naparstek (2008). Hoje, as drogas são consumidas entre crianças, jovens e adultos nos mais

¹² El riesgo de intensificación aumenta con la existencia de un importante sufrimiento psíquico en el individuo y los estrechos contactos con el mundo de la droga y su tráfico. (AJURIAGUERRA, 1976, p. 918).

diversos países. Para Ajuriaguerra (1976), estes jovens são caracterizados por suas tendências suicidas, pela ociosidade e pelo atraso escolar. Ressalta-se ainda a discussão encontrada acerca das experiências de sobredoses imputadas pelos jovens como uma busca pelo perigo. O desafio à morte e o contato com a loucura em um caminho que se torna cada vez mais solitário. O significativo “solitário”, chama atenção para o rompimento com os laços sociais, muito presente nos quadros de toxicomania. Ajuriaguerra (1976) não se contentou com as estatísticas, se perguntava sobre o que a droga representava para o adolescente: meio de conseguir algo, estabelecer formas de pertencimento ou confundir-se com os outros?

No final da década de 1980, Marcelli e Braconnier (1989) lançam o “Manual de psicopatologia do adolescente”, livro em que a adolescência é considerada através da vertente da crise. Há, inclusive, um capítulo específico para este assunto: “Crises e rupturas na adolescência”. Do ponto de vista psicopatológico, a adolescência é abordada através das condutas desviantes centradas no corpo, ou direcionadas para a família ou sociedade. A sexualidade na adolescência é tomada através do que se considerou como sendo seus distúrbios, e a toxicomania é apresentada logo em seguida da discussão relativa às condutas psicopáticas, no capítulo que a situa enquanto um grupamento nosográfico.

Marcelli e Braconier (1989) já reconheciam as questões relativas ao uso de drogas como um fenômeno contemporâneo e ressaltava sua complexidade: “O fenômeno das drogas em nossos dias constitui um mundo complicado, difícil de reduzir a umas poucas ideias simples”. (MARCELLI e BRACONNIER, 1989, p. 267). Eles escrevem que três aspectos sintetizavam as especificidades do uso de drogas na sociedade da época: a utilização de novas drogas, a introdução de novos modos de usar as drogas, e o surgimento de um novo grupo de usuários, os adolescentes. O conceito de toxicomania, mencionado pelos autores também se baseia nos documentos da OMS, já citados aqui. Eles, no entanto, acrescentam a noção de “[...] novas formas de toxicomanias juvenis” (MARCELLI e BRACONNIER, 1989, p. 268), e consideraram toxicômano o sujeito que, a partir de uma substância de base, inicia uma escalada, utilizando-a cotidianamente.

Nas primeiras décadas do século XXI, encontramos outros trabalhos no campo da psiquiatria infanto-juvenil e que também abordam o abuso de drogas na adolescência, associando tal fenômeno a desvios de condutas morais e falhas educacionais. No “Manual conciso de psiquiatria da infância e adolescência de Sadock & Kaplan” (2011), o capítulo intitulado “Abuso de substâncias na adolescência”, traz análises quantitativas, epidemiológicas e fatores de risco para o uso e abuso de drogas na adolescência. No entanto, toda a análise está baseada em dados americanos. Os autores destacam o uso de drogas nas

chamadas festas *haves*, nas quais há um número significativo de adolescentes. Destacam o álcool como a droga mais usada e abusada entre os jovens. Apontam como principais fatores de risco, as instabilidades nas relações familiares, a tolerância e a passividade dos pais quanto ao uso da droga. Destacam como necessária, a supervisão próxima dos pais assim como, a importância do adolescente ter “uma vida familiar estável” (SADOCK & KAPLAN, 2011, p. 181).

Em relação aos adolescentes, os autores observam que a falta de controle da própria raiva, a falta de investimento acadêmico, as dificuldades de aprendizagem e os transtornos psiquiátricos são fatores de risco para o abuso das drogas. Os autores propõem inclusive um modelo de tratamento, organizado em sete níveis de atuação que seguem um padrão americano. O nível inicial é o zero, que consiste nos procedimentos realizados na atenção primária da saúde pública, cujo objetivo principal é a prevenção. O nível um refere-se à manutenção e prevenção de recaídas, o dois, em atendimentos ambulatoriais em até uma vez por semana. O nível três trata-se de atendimentos ambulatoriais de duas ou mais vezes por semana. O quarto nível consiste em serviços integrados como, hospitais-dia e hospitalizações parciais. O quinto nível refere-se a serviços monitorados por médicos 24 horas por dia, mas, que são considerados não seguros por considerarem a saída espontânea dos sujeitos. Ocorrem em lares comunitários e comunidades terapêuticas. O sexto e último nível é considerado o mais seguro por haver a presença de médico 24 horas por dia e se tratar de internação psiquiátrica. Os autores não esclarecem se estes procedimentos e instituições são específicos para jovens.

De uma forma geral a inserção da clínica das toxicomanias no campo psiquiátrico parece atrelar o fenômeno do abuso da droga a uma perspectiva que concebe a adolescência como um momento de crise, no qual alguns jovens estariam mais propensos a vivencia-lo do que outros. Observamos que, para os diversos autores estudados, os grupos considerados de risco são, em geral, jovens de classe baixa. Os padrões considerados adequados de laços familiares são aqueles que correspondem a modelos tradicionais de famílias. Por outro lado, para Ajuriaguerra (1976), não pareceu ser indiferente que o problema da toxicomania pudesse estar atrelado a aspectos ligados à sociedade de consumo, ou seja, ao modo capitalista de se viver, que se espalha em escala global, incidindo diretamente sobre a subjetividade, também dos jovens.

1.1.3. Antecedentes históricos no campo da saúde mental no Brasil

Os aspectos que antecederam a construção da política de saúde mental infanto-juvenil no Brasil e que influenciaram em sua implantação serão aqui discutidos. Buscaremos contextualizar os motivos que levaram ao tardio reconhecimento dos aspectos referentes ao adoecimento psíquico da população infanto-juvenil, no âmbito da Reforma Psiquiátrica, e o processo pelo qual os casos de uso de drogas, na adolescência, foram se inserindo neste campo de cuidados.

A política de saúde mental infanto-juvenil é herdeira e parte importante de dois movimentos sociais e políticos surgidos a partir da recente história de redemocratização do país: as Reformas Sanitária e Psiquiátrica. A Reforma Sanitária promoveu mudanças e inversões de paradigmas no âmbito da saúde pública no sentido de garantir o acesso universal e igualitário da assistência a saúde para a população. A Reforma Psiquiátrica é contemporânea da Reforma Sanitária, e implementou um modelo de cuidados aos sujeitos portadores de sofrimento mental que rompe com o modelo asilar e hospitalocêntrico que vigorou, de forma hegemônica, no Brasil até a década de 1970.

Nas décadas de 1960 e 1970, o país, então governado pelo regime militar, adotava, no âmbito do setor saúde, um modelo curativo e seletivo de gestão. Tratava-se da doença quando esta já estava instalada, e o acesso à saúde não era um direito constitucional garantido para a população. (BRASIL,1990b). No campo da saúde mental a institucionalização consistia em seu principal eixo estrutural. Segundo Amarante (1995), as internações, em sua maioria de longa duração, pautavam-se por supostos critérios clínicos inespecíficos que sustentavam o estigma da periculosidade e a chamada “Indústria da loucura”. Aos moldes do Grande Internamento, denunciado por Foucault (1978), a “Indústria da loucura” promoveu práticas de isolamento nos hospícios, tornando-os operadores disciplinares e punitivos do controle da ordem pública dominante. Mas o aspecto que mais fortemente definiu este processo foi o fato de que, naquele momento, as medidas de isolamento tornaram-se um excelente negócio para a iniciativa privada por serem altamente lucrativas. A política governamental beneficiava este setor destinando boa parte dos recursos públicos para práticas centradas em atos médicos que passavam longe da promoção e prevenção da saúde, incentivando internações indiscriminadas de longa duração e deixando sucateado o setor público. (PITTA, 2011).

A partir da década de 1980, a desinstitucionalização tornava-se assim, um eixo fundamental da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois, o enclausuramento arbitrário do louco, legitimado pelo discurso do Direito e da Psiquiatria, destituía-o de sua condição humana e

desconhecia sua condição cidadã, como se verifica em Delgado (1992). O discurso manicomial, fundado em sua suposta forma de cuidado e proteção, foi altamente questionado por usuários, trabalhadores e familiares do campo da saúde mental. Este questionamento ganhou a cidade convidando-a a construção de novos paradigmas para a doença mental.

Mas, se “[...] o *cives* não pode ser alienado da razão” (1992, p.35), como nos afirma Delgado (1992, p. 35), como atribuir esta condição a um ser desrazoado? A noção de cidadania em nosso ordenamento jurídico está assentada na existência de um sujeito racional, responsável, consciente de seus atos, e capaz de gerir sua vida. Ao localizar o louco enquanto um sujeito deficitário da razão, o discurso psiquiátrico toca o campo do Direito, contribuindo para a consolidação da noção de incapacidade do louco de exercer os direitos civis. O estatuto da inimputabilidade surge como uma espécie de compensação que atribui ao poder público o dever de cuidar, tratar e proteger o doente mental. “O instituto da inimputabilidade é da mais alta expressão da generosidade da lei penal”. (DELGADO, 1992, p.44). Mas, impedido de responder por seus atos, ironicamente, o doente mental perde a possibilidade do exercício de sua cidadania. A importância dada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira para a construção de uma cidadania possível ao louco é considerada por Desviat (1999), o traço marcante desta experiência.

No contexto mineiro, sob a influência do modelo da Reforma Psiquiátrica italiana, Minas Gerais, recebe em 1979 em Belo Horizonte e em Barbacena, a visita de Franco Basaglia, mesmo período em que ocorre a reportagem de Hiram Firmino, nomeada de “Porões da Loucura”. Também as obras de autores como Foucault (1978) e Goffman (1961), desempenharão importante papel na experiência da Reforma Psiquiátrica Brasileira no que se refere ao questionamento do manicômio como *habitat* “natural” da loucura.

Este período coincide com um importante e efervescente momento político vivido no Brasil, que consistiu no processo de redemocratização do país (AMARANTE, 1995). Seus desdobramentos históricos e sociais se refletiram em diversas áreas da sociedade, impulsionando o avanço e o fortalecimento dos processos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, convocando a sociedade à implantação de um reordenamento político mais participativo, pautado na superação de estruturas assistenciais centralizadoras, disciplinares e arbitrárias.

Ao longo dos anos de 1980 ao início dos anos 2000, importantes acontecimentos ocorreram, com destaque para emblemáticas Conferências de saúde e de saúde mental e a progressiva implantação da Política de Saúde Mental no Brasil. Citamos a 8ª Conferência Nacional de Saúde e as I e II Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorridas em 1987 e em

1992, respectivamente. O II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em 1987, deu origem ao lema da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ‘Por uma sociedade sem manicômios’ e discutia diretrizes determinantes para a organização dos novos serviços de saúde mental, não no viés complementar ao hospital psiquiátrico, mas, substitutivos.

A criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial, CAPS, ocorre em São Paulo, em 1987 e passa a exercer grande influência para a criação de outros serviços. Amarante (1995) comenta que nesta primeira experiência já se verificava a presença de um caráter comunitário, da priorização dos casos graves e da oferta de atividades psicoterápicas e socioterápicas. O funcionamento diário semanal previa a possibilidade de expansão caso fosse necessário. Mas, esta experiência caracterizou-se também por garantir uma mediação entre a comunidade e o hospital psiquiátrico, funcionando, ainda, como um dispositivo complementar ao manicômio.

A experiência brasileira mais radical e de maior repercussão nacional, tal como afirma Amarante (1995), ocorreu em 1989, na cidade de Santos com o fechamento da Casa de Saúde Anchieta, por intervenção da Secretaria Municipal de Saúde e mediante a constatação de gravíssimas violações de direitos, entre elas, mortes e torturas. Surgem aí os Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPS, as primeiras associações de usuários e familiares e as residências terapêuticas, como mostra da criação de uma rede de serviços realmente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Ampliou-se o número desses serviços de forma regionalizada e com funcionamento 24 horas. Constatou-se a importância de estabelecer ações nos territórios, a hospitalidade noturna, o acolhimento das situações de crise e ações de reabilitação psicossocial.

Com o início dos anos de 1990, a Reforma Psiquiátrica, que até então restringia--se a ações predominantemente técnicas e assistenciais conhecerá, segundo Amarante (1995), um momento de maior amplitude e complexidade. Será preciso avançar em aspectos políticos, jurídicos, teóricos e culturais. Entre eles estão a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, do deputado Paulo Delgado, que tramitou de 1989 a 2001 na Câmara e no Senado para, enfim, ser transformado em 2001 na Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2004a), “a lei da Reforma”.

A Declaração de Caracas, ocorrida em 1990 também teve colaboração essencial para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2004b) quando apresentou o compromisso dos países ali presentes, entre eles, o Brasil, na implantação das mudanças necessárias para um modelo assistencial mais humanizado, comunitário e participativo. Para Desviat (1999), foi a partir dela que efetivamente iniciou-se a Reforma Psiquiátrica nos países ibero-americanos, ou seja, Portugal, Espanha, Andorra e os países da América Latina.

A Reforma Sanitária Brasileira trouxe outras tantas e significativas contribuições para o avanço da Reforma Psiquiátrica, partindo, sobretudo do estabelecimento do acesso a saúde como um direito constitucional de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Dois anos depois, o Sistema Único de Saúde, SUS, é instituído por sua lei Orgânica da saúde, lei 8080/1990 (Brasil, 2004c) com a missão de superar o paradigma curativo substituindo-o pelo da promoção da saúde.

Até aqui, os avanços da Reforma Psiquiátrica pouco, ou quase nada, incluíram questões relativas a infância e a adolescência. Mas a década de 1990 teve especial importância para este campo. Neste período verificam-se importantes mobilizações, ainda que pontuais, acerca da necessidade de se incluir, na agenda da Reforma Psiquiátrica Brasileira, assuntos ligados à criança e ao adolescente. Situiremos alguns aspectos presentes no contexto de Minas Gerais, mas, que tiveram impactos mais amplos. Algumas equipes em âmbito nacional foram pioneiras na implantação dos CAPSi no Brasil, entre elas está o serviço que foi criado em 1993, na cidade de Betim, Minas Gerais. Como escreve Silva (2003), este serviço é implantado antes de qualquer legislação nacional do setor e em 1994, passa a funcionar em sede própria.

Segundo Ferreira (1999), também em 1993, é criado na cidade de Belo Horizonte, os chamados Fóruns regionais de atenção à criança e ao adolescente, articulando campos intersetoriais da educação, saúde e desenvolvimento social. Estes fóruns serão replicados em diversos municípios mineiros como uma importante estratégia de implantação de políticas públicas participativas e descentralizadas. Em 1995, ocorre em Belo Horizonte, o II Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial e dele surge a Carta de Belo Horizonte na qual foram produzidas duas diretrizes políticas de assistência a criança e ao adolescente. A primeira consiste na “[...] desconstrução gradativa do aparato custodial, de segregação e confinamento de crianças e adolescentes e a criação de ações e serviços substitutivos a ele” (FERREIRA, 1999, p. 88). A segunda consiste na “[...] luta pela criação de uma política Nacional de Saúde Mental no campo da infância e da adolescência e de suas interfaces (educação, desenvolvimento social, cultura e lazer)”. (1999, p 88). Ainda segundo a autora, em 1997, em Porto Alegre, no III encontro da Luta Antimanicomial, retoma-se as diretrizes relativas à infância e adolescência, presentes na Carta de Belo Horizonte, para que fossem avaliados seus avanços e propor novas estratégias.

A partir daí, dois momentos foram extremamente relevantes para o campo da infância e da adolescência. No relatório final da XI Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 2000, no capítulo sobre saúde mental, seus participantes manifestaram a necessidade de:

“Criar uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil em nível estadual, para atender as necessidades específicas da criança e do adolescente.”(BRASIL, 2001a, p. 139). A III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001b), cujo tema foi “Cuidar sim, excluir não”, ocorreu no ano de 2001, tendo sido convocada logo após a promulgação da lei 10.216, no mesmo ano. A necessidade de se implantar ações de cuidados às crianças e aos adolescentes foi destacada, junto a outras populações que também se encontravam em um panorama de desassistência. Entre estas populações desassistidas pelas legislações das políticas públicas estavam as pessoas em situação de rua e as em uso abusivo de substâncias psicoativas. No relatório final desta Conferência verifica-se um capítulo exclusivo para a atenção de crianças e adolescentes destacando a importância de se manter um caráter intersetorial e inclusivo para estas políticas, bem como o fortalecimento e a implantação de uma rede de atenção integral a esta população. A construção de uma agenda específica e em âmbito nacional, para crianças e adolescentes, começa a ser construída como uma das ações emergenciais que precisavam ser implementadas no país.

“Criar a política de atenção à saúde mental da criança e do adolescente, mediante a implementação de CAPS infantil e outros serviços e garantir que o Ministério da Saúde normatize a criação dos CAPS, tendo como fundamento os princípios da Reforma Psiquiátrica e do Estatuto da Criança e do Adolescente.”(BRASIL, 2002a, p. 57).

O acesso dos casos de crianças e adolescentes envolvidos com o uso e o abuso de drogas surge como um direito a esta população que deve garantir suas especificidades e a priorização do tratamento em meio aberto e de base territorial.

“Garantir o direito da criança e do adolescente, portador de sofrimento mental e/ou usuários de drogas, de ser atendido em serviços substitutivos específicos. As internações, quando necessárias, devem realizar-se em serviços 24hs ou hospitais gerais, no setor de pediatria, com a presença de acompanhante.” (BRASIL, 2002a, p.58).

No capítulo seguinte do documento, que se refere a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, ressalta-se que nas políticas do Ministério da Saúde para este segmento, em implantação na época, fossem respeitados os direitos humanos, os princípios e diretrizes do SUS. O relatório prevê também a adoção de Políticas de Redução de Danos. Ao longo do documento, verifica-se uma proposta que menciona a criança e o adolescente, ainda que de forma abrangente, como população alvo de políticas públicas para usuários de álcool e outras drogas.

“Implantar, de forma integrada e simultânea, estratégias de assistência aos usuários (adultos, crianças e adolescentes) de álcool e outras drogas, inclusive tabaco, no conjunto de serviços de base comunitária, CAPS, NAPS e serviços residenciais

terapêuticos.” (BRASIL, 2002a, p. 61-62).

As políticas de redução de danos consistem em “[...] ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo.” (BRASIL, 2005a, p.1). As ações devem ser pautadas pelos direitos humanos, respeitando as particularidades desta população e o direito a serem cuidados em liberdade.

Nestes primeiros anos do século XXI, a principal pauta da Reforma Psiquiátrica foi a ampliação da rede de serviços substitutivos. Eles foram nomeados de CAPS – Centro de atenção psicossocial. A Portaria 336/2002 (BRASIL, 2004d) tipificou estes serviços em diversas modalidades trazendo, entre eles, o CAPSi. Os CAPS I e II são serviços diurnos, que funcionam de segunda a sexta-feira em período integral, manhã e tarde. Na modalidade III funcionam 24 horas. Podem ainda se destinar a populações específicas como pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, CAPS AD e os CAPSi, cuja população a ser atendida são crianças e adolescentes. São serviços abertos, de caráter comunitário e de base territorial. O CAPSi pode funcionar na modalidade II ou III, ficando isso a critério do gestor e das necessidades locais.

Couto (2003) destacou a importância da Portaria 336/02 para a saúde mental infanto-juvenil ao dizer que

“[...] pela primeira vez e de forma mais afirmativa, se incluem na agenda da saúde mental as questões relacionadas ao segmento da saúde mental infanto-juvenil. Mantidos silenciados por quase 20 anos ou pelo menos ocupando um lugar secundário na formulação das políticas até então, os enormes impasses colocados pelo cuidado de crianças e adolescentes, finalmente, se fizeram ouvir. A marca diferencial que instaura esse novo tempo tem estatuto de norma, mas valor simbólico de lei e está representada pelo texto da portaria 336/02”. (p. 191).

Pela primeira vez, o Ministério da Saúde reconhece oficialmente, em um texto de lei, o adoecimento psíquico de crianças e adolescentes, e normatiza a criação de um serviço específico para esta população, o CAPSi. Mas, apesar da importância da normativa Ministerial 336/02 (BRASIL, 2004d) para esta população, ela ainda não poderia alcançar, de forma direta, as questões relativas aos problemas de álcool e outras drogas na infância e adolescência, deixando impreciso se a responsabilidade destes casos seria do CAPSi, do CAPS ad ou, dos dois serviços. Da responsabilidade do CAPSi, o Ministério da Saúde preconizou que tratava-se de um...

“[...] serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos [...]”. (BRASIL, 2002, p. 4)

O CAPS ad II foi definido como um...

“[...] serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, [...]”. (BRASIL, 2002, p. 6).

Com a complexidade e a chegada de encaminhamentos destes casos para o campo da saúde mental, esta imprecisão com relação à responsabilidade do atendimento acaba gerando desassistência em muitas situações sob o argumento de uma “especificidade” que parecia não caber em serviço algum.

Este também será um período em que se observa toda uma movimentação para a implantação das políticas públicas para usuários de álcool e outras drogas no país. Em 2002, o Ministério da Saúde institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, através da Portaria 816/2002 (BRASIL, 2002c). O ano de 2004 marca o lançamento da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004e). O Plano apresentou diretrizes para o desenvolvimento de ações educativas, terapêuticas e preventivas que se orientavam para serem implementadas em dispositivos da atenção primária em saúde. O Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e em outras Drogas, PEAD, (BRASIL, 2009) indicou, no final da primeira década do século XXI, a necessidade de se desenvolver ações prioritárias de prevenção, promoção e redução de danos em crianças e adolescentes pelo uso abusivo de álcool e outras drogas. Diversas outras ações neste sentido serão produzidas, mas, a infância e a adolescência ainda ficarão em um lugar, de certo modo, secundário nestas políticas.

Mas, em 2011 foi publicada a portaria 3088/11 (BRASIL, 2011) que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, RAPS. Além da articulação de toda a rede pública de saúde para o atendimento de pessoas com sofrimento mental e aqueles decorrentes do abuso de substâncias, as questões da infância e da adolescência terão aqui relevância. Pautando-se pelo pressuposto de que o paciente da saúde mental é antes, um paciente do Sistema Único de Saúde, e que isso independe de sua idade, a indeterminação observada na portaria 336/2002 quanto à responsabilidade pelo cuidado de crianças e adolescentes com problemas decorrentes do uso e abuso de substâncias, é retificada na RAPS (BRASIL, 3088/2011).

O CAPS I, serviço instalado em municípios com populações acima de 20.000 habitantes, passam a ser também responsáveis pelo atendimento de “[...] pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias independente de sua especificidade [...]”. (BRASIL, 2011, p.5). Também o CAPS II poderá fazê-lo, caso o contexto do município exija. Além destas, outra importante mudança ocorre em relação ao CAPS ad que também poderá atender “[...] adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”. (BRASIL, 2011, p. 5). Também para o CAPSi haverá uma maior precisão com relação a esta população, o que fica expresso da seguinte forma: tal serviço “[...] atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas”. (BRASIL, 2011, p.5).

Em 2014 o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional do Ministério Público (BRASIL, 2014) lançaram uma publicação sobre a atenção psicossocial de crianças e adolescentes. Em breves, mas importantes páginas, ressaltou-se que a temática do uso de drogas na infância e na adolescência requer medidas que devem ser pensadas de forma “[...] sistêmica e complexa [...]” (p.41), a fim de fortalecer o amplo direito desta população. Ressaltou-se também que nem sempre o uso de drogas deve ser tratado pelo viés da patologia, sobretudo com essa população, porque esta perspectiva favorece o caminho da medicalização e da internação compulsória como forma de controle da ordem social.

É ainda preciso dizer de dois dispositivos recentes presentes na RAPS, ambos de fundamental importância para a população a qual estamos nos referindo. Trata-se da Unidade de Acolhimento – UA e a equipe do Consultório na Rua. O primeiro se insere no componente de atenção residencial de caráter transitório e...

“[...] tem como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. [...] A Unidade de Acolhimento deverá garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social”. (BRASIL, 2012a, p.2)

A Portaria Ministerial 121/2012 (BRASIL, 2012), dispõe especificamente sobre as Unidades de Acolhimento e prevê que seu funcionamento pode se dar na modalidade UAI, Unidade de Acolhimento infanto-juvenil, destinada a crianças e adolescentes de 10 a 18 anos. O trabalho da UA deve estar alinhado ao do CAPS, no caso de pacientes adultos, e, da mesma forma, a UAI, com o CAPSi. A RAPS permite a verificação de uma implicação mais clara do campo da atenção psicossocial nos problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras

drogas, estabelece o compartilhamento do cuidado e a clara definição de onde crianças e adolescentes usuárias de drogas podem e devem ser atendidas. (BRASIL, 2015).

O Consultório na Rua (OBSERVATÓRIO BAIANO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, 2016) foi idealizado de forma pioneira por Antônio Nery Filho, de 1999 a 2004, na cidade de Salvador. É um dispositivo clínico e psicossocial notável que hoje, faz parte da Rede de Atenção Psicossocial do país. Se insere no componente da Atenção Básica em saúde em três modalidades cujas equipes são compostas por profissionais de diversas formações tais como enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, médicos, odontologistas, educadores físicos, artistas e outros. Suas ações consideram as diferentes necessidades de saúde das populações em situação de rua, entre elas, as questões relativas a saúde mental. São ofertadas de forma itinerante nos locais onde estas populações circulam e habitam. A incidência do trabalho destas equipes tem se mostrado extremamente relevante, sobretudo para as populações em situação de rua que fazem uso contínuo e abusivo de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2012b).

Ao analisarem a situação da política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no final da primeira década dos anos 2000, Couto, Duarte e Delgado (2008) afirmaram os CAPSi como a principal estratégia brasileira capaz de responder à necessidade de ampliar o acesso “[...] ao tratamento para casos que até então estavam fora do sistema formal de saúde mental [...] e visam a melhorias no conhecimento clínico, epidemiológico e sobre a organização de serviços no campo da saúde mental infantil e juvenil.”(2008, p.396). Na complexidade da operacionalização desta tarefa e em seu caráter contínuo, se insere seus maiores desafios.

1.2. Princípios da política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes

Para apresentarmos os princípios da política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes iniciaremos a contextualização do assunto partindo do cenário mineiro.

Nas enfermarias das Santas Casas de Misericórdia e dos Manicômios de Minas, se fez notar ao longo do século XIX e início do século XX, a total inexistência de uma noção que considerasse a criança e o adolescente em sua especificidade. As mais importantes mudanças ocorreram a partir da década de 1920. Em 1922 é fundado o Instituto Neuropsiquiátrico de Belo Horizonte, atual Instituto Raul Soares onde foi reservada uma enfermaria para crianças. Em 1949 o Hospital Colônia de Oliveira é transformado no Hospital para crianças crônicas, cujo funcionamento será o mesmo dos hospitais de adultos: eletrochoques, cordas e quartos fortes. Em 1947 será criado, na cidade de Belo Horizonte, o Hospital de Neuropsiquiatria

infantil, com o intuito de retirar dos hospitais de doentes mentais, para adultos, as centenas de crianças do Estado, que ainda encontravam-se nessas instituições e em situação condenável. Em 1964 as meninas do Hospital de Oliveira são transferidas para o então Hospital Galba Veloso, e lá permaneceram até 1968. Em 1973 a relação entre problemas de aprendizagem, retardo e doença mental é renovada quando a unidade psicopedagógica, anexa ao Hospital de Neuropsiquiatria infantil é inaugurada. No final desta década a Unidade psicopedagógica passa a abarcar o Hospital de Neuropsiquiatria infantil, e recebe as crianças que ainda encontravam-se no Hospital Colônia de Barbacena, após denúncias de maus tratos. Em 1979 é transformado no Centro Psicopedagógico, CPP, hoje CEPAL, Centro Psíquico de Adolescência e Infância, único hospital psiquiátrico infanto-juvenil de Minas Gerais. (CIRINO 2004; FERREIRA, 1999).

O cenário mineiro não diferia muito do que ocorria em outras regiões do país onde a desassistência da população infanto juvenil também prevalecia ou, se dava sob os moldes da institucionalização. A desinstitucionalização desta população perpassava assim, diversos modos de abrigo, sejam eles nos hospitais ou, em outras instituições normativas e disciplinares de tutela. Ocorre que esses meninos e meninas ficaram invisíveis para as políticas públicas por muitas décadas. A própria Reforma Psiquiátrica Brasileira só voltará os olhos para eles no início do século XXI.

A implantação da política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes precisava implementar meios de dar visibilidade a essa população e garantir sua especificidade através de um projeto de cuidados que os reconhecessem como sujeitos psíquicos e sociais. Isso exigia a construção de balizas rigorosas e cuidadosamente construídas.

“Com o objetivo de superar esta delegação silenciosa e os problemas assistenciais que lhe são inerentes, existem hoje ações em direção à implantação de uma política de saúde mental para infância e adolescência como um plano específico, integrado à política geral de saúde mental do SUS.” (COUTO, DUARTE e DELGADO, 2008, p.391).

Em 2005 os princípios propositivos da política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes são apresentados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b). Além de se constituírem como recursos propositivos orientadores de uma prática, consistem também em modos de se estabelecer cuidados psicossociais, específicos para a criança e o adolescente. O princípio norteador é o que reconhece a criança e o adolescente a ser cuidado como um sujeito. “Antes e primeiro que tudo é preciso adotar como princípio a ideia de que a criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito”. (p.11). Trata-se de uma noção que comporta tanto a

dimensão psíquica quanto social da subjetividade de crianças e adolescentes. Todos os demais princípios, se engendram dinamicamente, de modo a considerar esta condição na implementação de suas ações. Os demais princípios são: o acolhimento universal, o encaminhamento implicado, a construção permanente da rede, a noção de território e a intersetorialidade. Apresentaremos cada um brevemente, e voltaremos a eles oportunamente, ao longo da pesquisa.

O acolhimento universal consiste na premissa de que as portas dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes devem estar abertas para receber, ouvir e responder, em alguma medida, a demanda que lhe for dirigida. Não significa que todos os casos permanecerão no serviço, mas sim, que alguma resposta seja dada a demanda. Nenhuma alegação burocrática ou administrativa pode justificar o não acolhimento de um caso. Ouvir a demanda implica, assim, em uma forma de cuidado, cuidado que pode requerer como resposta, o encaminhamento a outro serviço, a outro setor.

O encaminhamento implicado é outra forma de cuidado que implica de forma responsável aquele que está encaminhando o caso e aquele que o recebe. Este princípio pressupõe que o ato de encaminhar um caso requer discussão, assim como a construção de ações que favoreçam o acolhimento do sujeito em outro ponto do território. Isso implica em uma construção permanente da rede.

A construção permanente do trabalho em rede não supõe, necessariamente, a existência de uma rede idealizada, mas, aquela que existe no território. Implica em uma prática que conta com estes equipamentos que não precisam ser complexos ou sofisticados. Precisam estar disponíveis para a construção do caso. Isso é o mesmo que considerar a especificidade e a potência dos vários pontos da rede. Obviamente, não se trata de uma perspectiva ingênua. Muitas vezes, os equipamentos disponíveis na rede indicam uma série de precariedades. Apesar delas, supõem-se também a presença de outras potencialidades que precisam ser consideradas.

O território é um conceito fundamental para o campo da saúde mental. Sua noção ultrapassa o enquadre geográfico puro e objetivo fazendo surgir um território psicossocial do sujeito. A importância da noção de territorialidade se define pelo caráter social, político e clínico que nela estão implicados. Como destacam Couto e Delgado (2010), esta relevância se deu, inicialmente, de modo muito mais claro, para os casos de pacientes adultos, tendo em vista a necessidade de superação do modelo asilar que excluía o louco dos territórios sociais da cidade. No âmbito da infância e adolescência, o princípio que se equivaleu em importância foi o da intersetorialidade.

A intersetorialidade é considerada o princípio mais estratégico para a política de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Além de sua importância cotidiana na construção do cuidado do caso com outros setores, implicando-os nos casos e fazendo frente as medidas imediatistas e reducionistas de institucionalização, ele também se constitui, ainda hoje, no “[...] princípio fundamental para a montagem da rede de cuidados” (COUTO e DELGADO, 2010, p. 271) para esta população no Brasil.

Podemos agora verificar como estes princípios supõem um cuidado psicossocial com os adolescentes usuários de drogas.

1.2.1. O CAPSi, seu mandato psicossocial e os adolescentes usuários de drogas

Os três antecedentes históricos discutidos neste capítulo, produziram os elementos centrais herdados pelos CAPSi a partir do início do século XXI. Com a Reforma psiquiátrica, ainda que tardiamente, os casos graves de sofrimento psíquico da infância e da adolescência começam a ganhar visibilidade. A psicose infantil e o autismo foram paradigmáticos para isso, tendo em vista que a particularidade clínica destes meninos e meninas não encontrava acolhida nem nas políticas e nem em outros espaços de assistência. Impulsionado ainda pelas diretrizes políticas e sociais presentes no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1989), este momento também promoveu o questionamento do modelo assistencial de crianças e adolescentes, pautado por ações centralizadoras, arbitrárias e institucionalizantes, instauradas sob um suposto argumento da tutela e da proteção. A importância de se constituir uma especificidade para a criança e o adolescente neste campo, para não incorrer em uma mera duplicidade da prática que se estabelecia com os pacientes adultos, se mostrou cada vez mais necessária. A criança surge a partir do estatuto da cidadania e também de sua condição subjetiva de poder adoecer psiquicamente. A construção deste período contou com a participação de trabalhadores, familiares, usuários da saúde mental infanto-juvenil, e a com a sociedade, de modo geral. (GUERRA, 2003)

Mas, as heranças “progressistas” que a partir da modernidade passaram a girar em torno da infância e da adolescência não deixaram de produzir ordenamentos sociais. Neste contexto, os distúrbios de comportamento e os problemas de aprendizagem da infância foram apreendidos por perspectivas normatizadoras e adaptativas que, ao desconhecem aí as particularidades com que a subjetividade da criança pode se manifestar, desconhecem, também, os efeitos de seus discursos nas relações sociais. Estas questões, nunca foram inteiramente superadas e insistem em se fazerem presentes. Sua apresentação atual, mais

“sofisticada”, se dá através da medicalização excessiva de crianças com problemas de aprendizagem, e daquelas que se apresentam através da inquietação de seus corpos e da dispersão de seus interesses. Como resultado, esta forma de enxergar a criança tem gerado um aumento indiscriminado de diagnósticos de transtornos de conduta, hiperatividade e de atenção que, para a maioria dos casos, tendem apenas a reproduzir estigmas. Guardadas as devidas distinções, as mesmas “boas intenções” que sustentaram e ainda sustentam certas medidas de tutela e proteção são as que, no contemporâneo, se dizem necessárias para contribuir com os “desvios” de comportamento na infância. Estes aspectos têm sido questionados pelos próprios operadores da atenção psicossocial, no âmbito da saúde mental infanto-juvenil, ainda que seja possível encontrar quem os sustente em sua prática. O fato é que inúmeros encaminhamentos, originados dos campos educacional e médico, se apoiaram e ainda se apoiam nesta herança como forma de endereçar inúmeros casos aos CAPSi.

Nosso interesse nesta pesquisa recai sobre um terceiro aspecto. Também observamos em relação a ele, um questionamento pelos operadores da saúde mental infanto-juvenil, contudo, isso nos levou a considerá-lo a partir de um estranhamento. Se a clínica da psicose e de outros casos graves da infância e da adolescência se situou como paradigma no campo da saúde mental infanto-juvenil, mesmo com as transformações do contemporâneo, isso não ocorreu com a clínica da toxicomania. A prevalência da clínica da psicose e as questões trazidas pela complexidade dos casos de uso de drogas na infância e na adolescência, trazem questionamentos, resistências e incertezas para a prática que se dá no CAPSi. Expressões do tipo “não é aqui”, “não é para nós”, “não é caso de sofrimento psíquico”, indicam haver uma orientação clínica de trabalho que concebe a existência de duas clínicas antagônicas e incompatíveis.

Estes casos vivenciaram uma entrada progressivamente forçada nos CAPSi. Na verdade, ser trazido ao serviço de saúde mental ou, a algum profissional “psi”, é uma característica própria à clínica com crianças e adolescentes, o que significa dizer que, de modo geral, eles não vêm por demanda própria. Alguém ou, algum órgão, decide que devem vir e são trazidos. Mas, a questão que nos pareceu merecer destaque é que não se pode dizer, propriamente, que foi pela porta aberta dos serviços que estes casos chegaram à saúde mental. De modo mais efetivo, já no final da primeira década dos anos 2000, observa-se certa “onda” de encaminhamentos destes casos para tratamentos nos CAPSi determinados por setores jurídicos, como Promotorias, Juizados e, também pelos Conselhos Tutelares. (GUERRA e SILVA, 2013).

O que observamos aqui é que, inicialmente, para os operadores da política de saúde mental para crianças e adolescentes, a condição que implica o sofrimento psíquico e sua especificidade na infância e na adolescência, parecia não se aplicar aos casos de adolescentes usuários de drogas. Obviamente, estamos tratando da questão de forma generalizada. Certamente houve e há experiências que destoam deste cenário, entretanto, em que pese a complexidade destes casos, é fato inquestionável que a inserção dos adolescentes usuários de drogas, nos CAPSi, precisou se afirmar e essa legitimação passou, e ainda passa, pelo interior mesmo do campo da saúde mental infanto-juvenil. As questões que surgiram daí levantaram debates, os mais diversos, sobre as especificidades destes jovens, sobre certas condições de vulnerabilidade social, a relação com a criminalidade, a violência, tantos outros aspectos e, claro, as dificuldades em aderirem ao tratamento nestes serviços.

Observamos neste cenário, o risco de se reproduzir os mesmos efeitos de desassistência que se fizeram presentes nas dificuldades encontradas pelo reconhecimento tardio do adoecimento psíquico da infância e da adolescência, e que também culminaram na sua tardia inserção na Reforma Psiquiátrica. Os discursos que situam a adolescência como um período de crise, e o uso de drogas como uma prática marginalizada tendem a contribuir para isso. Estes discursos favorecem a produção de uma negação ainda mais velada, na medida em que fundamentam um modo de considerar as dificuldades de adesão de tais jovens, como algo próprio da “natureza” dos adolescentes, bem como daqueles que fazem uso de drogas. Contribuem ainda para sustentar ações repressivas, eugênicas e higienistas no trato com estes meninos e meninas. Há outras formas de abordar a questão. A psicanálise apresenta aquela pela qual pode contribuir. Ensina que, mesmo considerando os efeitos desastrosos do uso abusivo de drogas que incidem sobre o laço social, é importante refletir sobre o fato de que, desconsiderar a subjetividade destes jovens, neste contexto, ou, em qualquer outro, deixa poucas possibilidades para apostar nestes sujeitos.

De modo inequívoco, a presença generalizada da droga, em nossa época, alcançou a adolescência e porque não dizer, também, a infância. A problemática trazida pelo fenômeno da toxicomania não permite mais pensar a especificidade dos casos graves da saúde mental de crianças e adolescentes, desvinculando-os das questões trazidas pelo uso das drogas. A generalização do uso de drogas que se faz cada vez mais presente, na sociedade, tornou impossível pensar uma prática clínica que não incluísse tal questão.

O campo da saúde mental infanto-juvenil demarca, assim, em sua história, pontos de delimitação e também de escansão de um mal estar próprio a cada época em que se insere. Das crianças e jovens que não cabiam nos modelos de adoecimento psíquico do século XIX,

àqueles que recorrem ao uso da droga na sociedade contemporânea, a seus modos, eles denunciam que são tocados pelas vicissitudes nas quais estão inseridos e respondem a elas. O modo com que estes casos chegaram aos CAPSi é motivo de reflexão, sobretudo porque podem abrir caminhos para a instauração de um mandato social que poderia levar a atenção psicossocial a graves retrocessos. Mas, a despeito disso, estes casos chegaram a estes serviços e é justamente por isso que podemos investigar sobre as dificuldades destes jovens em aderir ao tratamento. Parece-nos que não se trata de misturá-los ou separá-los, dos paradigmáticos casos de autismo ou psicose infantil, mas, de encontrar modos de cuidar... Afinal, estes serviços foram criados para construir meios de estabelecer o cuidado.

Passemos a palavra aos adolescentes atendidos nos CAPSi por sua condição de fazerem uso de drogas.

2. CASOS QUE ENSINAM

Todo caso é único, diz Santana (2007), e é justamente por isso que todos eles ensinam. Mas, conferir esta noção a um caso, seja ele qual for, requer o reconhecimento de que os recursos semiológicos, ideológicos e sociológicos, dos quais o discurso da ciência moderna e contemporânea dispõe e impõe, sobre a produção de conhecimento, não produzem mais do que tipos clínicos padronizados. Escolher um caso paradigmático de uma perturbação, um sofrimento, uma dificuldade no manejo terapêutico ou, no caso desta tese, das dificuldades de adesão a um tratamento, consiste essencialmente em identificar, no vasto espectro da “anormalidade” psicopatológica, aquilo que a particularidade de um caso pode ensinar a uma prática clínica. É exatamente isso que fizeram os profissionais de cada serviço, participante da pesquisa, quando selecionaram em suas experiências práticas um caso que lhes ensinou sobre a clínica com adolescentes usuários de drogas e que apresentavam dificuldades em aderir ao tratamento.

Propositalmente, não definimos previamente para as equipes o que consideraríamos ser tais dificuldades de adesão ao tratamento. Desejávamos que elas nos fossem apresentadas na particularidade de cada caso, de cada equipe, de cada serviço. Queríamos saber como cada serviço considerava esta problemática. Enfatizamos que as únicas condições para esta indicação era que se tratasse de um adolescente usuário de drogas, atendido em seus serviços, que apresentasse dificuldades na adesão ao tratamento e que fosse considerado, pela equipe, um caso que tivesse lhes ensinado sobre esta prática clínica.

Os cinco casos indicados são apresentados neste capítulo. Diferentemente de mecanismos estatísticos e comparativos, usuais no discurso da ciência, que sustenta diversas práticas “psi” e de gestão, produzindo casos modelo com saber aplicável a outros, o caminho do estudo proposto nesta tese vai em direção a casos que ensinam acerca do lugar dado a um caso único.

Escolhemos trabalhar com a noção de caso único, de acordo com Miller (2006) em seu texto “O Rouxinol de Lacan”, onde articula esta noção à pesquisa em psicanálise. Tal como diz, há duas vertentes de ensino: a acumulação e a investigação. A vertente da acumulação tem sua importância já que, para se conhecer algo é preciso ter acesso ao conhecimento acumulado por aqueles que já se debruçaram sobre uma questão. Mas, apesar da importância que este caminho tem no sentido de se oferecer como fundamento para uma prática ou um saber, também pode levar à repetição. A busca pelo novo só encontra lugar a partir de um caminho que é “[...] outra vertente do ensino. Esta outra vertente é a investigação.

Investigação é pesquisa, pesquisa do novo. [...] Pesquisar é buscar, é esperar o novo. [...] Costuma-se dizer: ‘espere o novo’, procure o bom encontro, o achado”. (2006, p.15-16). Seguir por este caminho exige lançar-se na incerteza daquilo que se pode, ou não, encontrar em um caso e o pesquisador precisa escolher se está disposto a pagar o preço pelo tão esperado bom encontro. Isso se deve, porque a busca pelo novo se difere “[...] da repetição docente, pois naquela vertente (a da pesquisa feita pela investigação) estamos na contingência onde não há segurança. Na repetição temos segurança, mas na vertente da pesquisa, não.” (2006, p.15-16)

Alertados para o fato de que, ao contrário da objetividade científica que busca por certezas previsíveis, o caso único não nos deixa certeza alguma, decidimos pagar o preço necessário para que o bom encontro emergja do discurso de cada sujeito adolescente, de suas histórias e da práxis de cada profissional que os atenderam. Somos assim, lançados na direção ao não saber que supõe uma *douta* ignorância.

2.1. O caso Marcelo

O primeiro caso clínico da pesquisa foi o de Marcelo¹³. A escolha deste caso, pela equipe, se deu em função da desvinculação radical que marca a relação do jovem com o serviço, aspecto que os angustiava. Foi também por este motivo que a entrevista, feita pela pesquisadora, por intermédio da técnica de referência e da mãe do jovem, teve de ser realizada na casa do jovem e não no serviço.

Conhecemos Marcelo em março de 2015. No momento de nossa chegada, fica claro que havia de sua parte, uma grande desconfiança em relação ao serviço, e que isso parecia se estender à pessoa da pesquisadora. Estava tomando banho quando sua mãe o avisou que o aguardávamos. Depois disso, seu banho pareceu demorar mais que o “normal”, já que a mãe fez comentários neste sentido. Quando enfim saiu do banheiro, passou por trás de onde estávamos, olhando-nos desconfiadamente e indo direto para seu quarto, onde permaneceu por outro longo período. Ao sair parecia ir direto em direção à rua. Nesse momento o abordamos e lhe situamos sobre a pesquisa e a importância de sua participação através da entrevista e do estudo de seu prontuário. Marcelo sentou-se no sofá e nos ouviu. Aceitou participar, permitiu que pesquisássemos seu prontuário, mas, não concordou que gravássemos o que se falava. Receava também que sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e

¹³ Com a finalidade de resguardar cada adolescente participante da pesquisa, os nomes citados para cada um, são fictícios.

Esclarecido pudesse comprometê-lo diante da equipe do serviço. Orientamos que estaria resguardado quanto a isso e que se quisesse, poderia não assinar o documento ou, colocar apenas suas iniciais para que não fosse identificado. Assim ele fez.

Iniciamos perguntando-lhe como havia se dado seu encaminhamento ao serviço de saúde mental para crianças e adolescentes. Marcelo não se lembrava que a primeira vez que havia sido encaminhado para lá tinha doze anos. Sua mãe, que estava presente durante a entrevista, foi quem o situou a respeito: “Não me lembro”! “Eu fiz? (referindo-se ao tratamento). Não lembro. Eu nem ia prá lá moça! [...] Não lembro não! Agora é que eles devem ter feito um histórico lá de mim. Eles estão mentindo!” Da mesma forma, não soube dizer ao certo se já tinha ouvido falar algo sobre o serviço.

Na ocasião da primeira vez em que foi encaminhado, segundo seu prontuário, ficou pouco tempo no serviço, e de forma irregular, até abandonar o tratamento após alguns meses. Foi encaminhado pelo Conselho Tutelar e sua chegada ocorreu em função de um pedido de ajuda, feito por sua mãe, por causa dos problemas de comportamento e dificuldades de aprendizagem que o jovem vinha apresentando e, também, por ficar muito tempo na rua. Um fato curioso é contado por sua mãe à técnica de referência. Ainda com doze anos brigou com uma criança de quatro, que sua mãe cuidava para que a mãe dela pudesse trabalhar. Este relato poderia passar despercebido, caso a história deste garotinho de quatro anos, não reenviasse Marcelo a reviver algo ameaçador presente em sua própria história.

Segundo nos conta a técnica de referência, Marcelo era “[...] uma criança adotada, filho de uma paciente da saúde mental”. Aos três meses de idade sua mãe biológica pediu para que esta, que atualmente é sua mãe adotiva, o cuidasse por um tempo. Ela não voltou para buscá-lo, e fez o mesmo com seu irmão, um ano mais velho, que foi deixado com uma vizinha que morava em frente à casa que Marcelo ficou. Sua mãe adotiva o descrevia como um menino “malcriado”, que se envolvia em brigas. Seu irmão, ao contrário, era “uma benção”, pois trabalhava, estudava e não dava trabalho algum. Após um percurso como moradora de rua, que não se sabe ao certo quanto tempo durou, um grave quadro psicótico leva sua mãe biológica a ser acolhida pela rede de saúde mental do município, passando a ser moradora de uma Residência Terapêutica, dispositivo da rede de saúde mental que consiste em moradia protegida, para pessoas que perderam os laços com seus familiares em virtude, por exemplo de longos períodos de institucionalização. Não há notícias sobre o pai biológico de Marcelo.

Durante a infância do jovem, sua mãe adotiva tinha o hábito de levá-lo para visitar sua mãe biológica. Na visita que fez a ela, por ocasião de seu aniversário de oito anos, algo significativo ocorreu. Marcelo escutou as seguintes palavras de sua mãe biológica:

“Roubaram você de mim!” Desde então, recusou terminantemente voltar a vê-la. Ao deparar-se pela primeira vez e de forma inequívoca, com o fato de não pertencer à família que o criava, sua condição de ser “malcriado” parecia ser, assim, resignificada. Nunca houve um processo de adoção, tampouco de legalização de sua guarda, já que seu pai adotivo nunca manifestou interesse em registrá-lo como filho. Deixava claro que a decisão pela criação de Marcelo havia sido de sua esposa. Marcelo percebia e se incomodava com o tratamento diferente que recebia do pai, sobretudo pelo fato de não ter o sobrenome dele, como os outros dois filhos do casal.

O retorno de Marcelo ao serviço se deu aos dezesseis anos. Nesta ocasião, sua impressão sobre o serviço foi descrita por ele da seguinte forma: “Uma desgraça, uma porcária, tem que por fogo naquilo!”. Sua chegada foi precedida de uma série de fatos conturbados, nos quais viveu um quadro de intensa confusão mental, associado a grave risco para si e para terceiros. O serviço recebeu um primeiro contato telefônico feito por uma profissional da Residência Terapêutica onde morava sua mãe biológica informando sobre o quadro do jovem. Em seguida vieram as ligações de vizinhos da mãe adotiva e dela própria. Por orientação do próprio serviço, o Serviço Móvel de Urgência, SAMU, foi acionado. Segundo a técnica de referência, Marcelo...

“[...] demora a chegar, eles (família, vizinhos e uma ex-professora) tentam achar a polícia, tentam achar o SAMU e aí um jogando pro outro, mas a gente não tinha a mínima condição de buscá-lo pelas condições que elas descreviam, da crise de agitação, da recusa, da resistência. Aí eu sei que passa um dia inteiro e ele consegue chegar aqui já no final do dia. E aí realmente a gente vê que era uma indicação para a permanência dia e ele ficou muito tempo assim, praticamente um mês. Conseguiram trazê-lo com a intervenção da polícia”.

Se Marcelo não se lembrava da primeira vez que fez tratamento no serviço, a lembrança do segundo encaminhamento estava muito clara em sua memória. Neste dia não havia psiquiatra no serviço e, então, foi necessário levá-lo para ser avaliado no serviço de pacientes adultos, o mesmo que sua mãe biológica fazia tratamento. Apesar disso, eles nunca chegaram a se encontrar. Ele foge justamente no momento em que era levado para lá, e a polícia é novamente acionada para trazê-lo de volta.

“Foi uma desgraça que me pôs lá dentro. Não sei. Foi o capeta! Só sei que chegou dois policial e me levou dentro do carro. Tentei correr deles. Mesmo assim eles me pegaram. Tinha duas viaturas de guardinha. [...]Eu corri deles, quando cheguei lá estava até descalço moça! Eu não sabia o que que estava acontecendo. Fiquei correndo descalço e eles atrás de mim. [...] Queriam dar agulhada na bunda. Moça, eles eram o capeta! Ninguém me falava nada! Eu achei que ia ficar lá pra sempre! Pulei o muro mesmo com o pé machucado, e mesmo assim eles vieram atrás de mim”.

O quadro clínico de Marcelo havia se iniciado há três semanas e, desde então, não dormia e estava bastante desorientado com relação a datas e sem nenhuma crítica quanto a suas atitudes. Dizia ter feito uso de cachaça com limão e “tomar chá”, chá de lírio, uma substância que tem propriedades alucinógenas podendo provocar sensações de perseguição, experiências místicas e algumas alterações fisiológicas. Como observa sua técnica de referência “[...] ele estava muito, muito, desorganizado, fala desconexa, mas, conseguia dizer que tinha só usado chá de lírio. Ele sabia o que tinha usado”. Sua mãe recordava-se que há algumas semanas Marcelo estava agindo com “brincadeiras estranhas” que consistiam em negar que seus irmãos adotivos existiam: um de oito anos e outra de vinte e dois. Queimou três Bíblias, colocava facas e tesouras embaixo do travesseiro e tirava as lâmpadas da casa porque queria ficar no escuro. Tirou a TV da parede e a colocou no sofá, mas, não se lembrava da maioria dos fatos que havia feito. Passou a cuspir pela casa, comer toda a comida das panelas, queixar-se de que sua mãe adotiva era chata, mas que o pai era “pela ordem”. A mãe se recordava de que ele levava a mão aos olhos enquanto ela falava, mantendo-se sem reação, e não querendo ver... a mãe. Apesar de tudo isso, disse-nos não saber do motivo que o levou a ser encaminhado para o serviço: “Não sei. Não lembro. Não lembro, não, não fiz nada!”

Há algum tempo Marcelo chegava em casa com celulares e passava dias e noites em um campo de futebol, perto de sua casa, com outros garotos que usavam drogas. Já havia sido expulso de todas as escolas que tinha frequentado até então. A mãe afirmava que desconhecia o uso de drogas do filho, e que ficou sabendo através do cunhado. Mas, reconhecia que desde os nove ou dez anos Marcelo saía de casa e ficava longos períodos na rua, chegando de madrugada com os olhos vermelhos.

No serviço Marcelo permanecia estranho, falando sozinho e estranhando pessoas da família. Mantinha-se isolado e se recusando a se alimentar. Assim sendo, lhe é prescrito permanência-dia no serviço infanto-juvenil, e pernoite no serviço de adultos, já que o primeiro não funciona 24 horas. A retaguarda noturna do serviço de adultos aos casos da saúde mental de crianças e adolescentes é uma prática antiga no município de Marcelo e, apesar de ainda trazer questionamentos, envolvia a rede de atenção psicossocial com os casos graves de crianças e adolescentes, mantendo-os no próprio município. Na avaliação da técnica de referência, a participação do serviço de adultos no caso teve muita importância para a estabilização do quadro.

Mas, suas desconfianças com ambos os serviços se mantinham. No serviço infanto-juvenil dizia que estava tudo bem, mas que não sabia por que havia sido levado para o outro

serviço, o de adultos. Passou a comer exageradamente em casa, e no serviço infanto-juvenil recusava algumas refeições, outras vezes aceitava apenas o almoço. Dizia a técnica de referência: “Mas ao mesmo tempo ele vinha e dizia: você é muito boa também, aqui é muito bom, eu quero ficar aqui. Mas, quando a gente ia buscá-lo pra permanência – dia era sempre uma dificuldade”. No serviço de adultos era mais resistente e desconfiado, recusando a ser medicado, o que o levou a vivenciar algumas experiências contentivas.

Sobre os pais, dizia que eram tudo para ele. Em uma visita domiciliar, feita pela técnica de referência a sua família, o casal diverge entre si em relação aos motivos que acreditavam ter levado o jovem a esse quadro. Para a mãe, o comportamento do adolescente tinha a ver com a diferença que o pai fazia entre o jovem e os filhos biológicos do casal. O pai era alcoolista e culpava a mãe por ser permissiva com Marcelo, mas ela o contradiz dizendo que sempre que estava bêbado, o chamava de intruso. Intruso, esta era a nomeação que parecia faltar para fechar a série e situar o lugar de Marcelo em relação ao Outro.

Uma melhora inicial é observada no caso, mas, algum tempo depois, o quadro piora. Volta a fazer uso de drogas e é levado novamente ao serviço de adultos no pernoite e nos finais de semana. Não faltaram orientações, por parte de sua técnica de referência, no sentido de enfatizar a importância de sua adesão ao tratamento, bem como dos problemas que poderiam surgir com o uso da medicação concomitante ao uso da maconha e de outras prováveis substâncias. Nas palavras da técnica de referência, “[...] ele tinha muita dificuldade de tomar a medicação” e isso parecia estar ligado a posição contrária do pai quanto a esta medida. Nas visitas domiciliares realizadas pela técnica de referência o pai dizia que Marcelo estava “babando, ficava prostrado o dia todo, sem reação, dormia muito e quando acordava fica bobão. Treme muito”. Apesar desta aparente preocupação do pai, ele se recusava a colaborar com o tratamento do jovem, o que sobrecarregava a mãe que, ao longo de quinze dias precisou acompanhar Marcelo, sozinha, nos pernoites. Situação que gerou grande desgaste físico e emocional para ela.

Marcelo estava negativista, só que agora, em casa, tendo em vista que sua rotina era chegar, trocar de roupa e se calar. No lugar da inquietação, agora estava apático, se recusava a participar de oficinas e tomar decisões. Às vezes, quando se irritava dizia que gostava mesmo era de fumar cigarro, cheirar e usar pedra.

Houve um período, ainda quando estava em crise, que sua técnica de referência precisou se ausentar por um mês, para um curso. Em suas palavras: “No período que estive afastada ele saiu da permanência dia e do pernoite, a família assumiu os cuidados dele em casa [...] e o pai resistindo a essa coisa da medicação”. As dificuldades de colaboração da

família, no acompanhamento do caso de Marcelo, em especial, as resistências do pai, são situadas pela técnica de referência como o principal problema no tratamento do jovem. Segundo observa, os pais foram se afastando do serviço e preferindo que o jovem ficasse em casa, dormindo. Marcelo ainda continuou indo, esporadicamente, em virtude da persistência da técnica de referência, em convencer os pais sobre a importância do tratamento. Mas, sua mãe acreditava que ele não estava mais usando drogas, pois, ela havia conversado com os amigos da rua. Em meio a esses aspectos, Marcelo abandonou o serviço. Ainda assim sua medicação é levada em casa, e a técnica de referência tenta fazer atendimentos domiciliares.

Pouco tempo depois, o caso se agrava novamente. Marcelo estava quebrando janelas, engolindo vidros e pedras. Sua higiene estava precária, queria usar fraldas e vomitava na mãe. Retornou à permanência dia do serviço infanto-juvenil através do SAMU, e ao pernoite do serviço de adultos. Manteve-se numa posição de passividade, aceitando tudo sem muita discussão e quando inicia nova melhora, se recusa a voltar ao serviço definitivamente. A melhora no quadro parece ajuda-lo a sustentar sua posição de não querer estar ali. Sobre como deveria ser o tratamento, disse-nos: “Não sei. [...] Tinha que fechar aquilo. Você chega no lugar sem saber o que está acontecendo.” Ao perguntarmos se concordava com o fato de ter sido encaminhado para o serviço infanto-juvenil devido ao uso de drogas, ele responde: “Não moça! Eu desconcordo. Lá não era lugar pra mim”. Discordava também quanto ao fato do serviço ajudar meninos usuários de drogas: “Não! Porque eles não têm nada a ver com isso. Lá é prá tratar de doido, moça! Só isso! Lá podia ser um asilo! Podia ser 1000 grau! Mais não, os ‘véio’ não merece passar aquilo”.

Para sua técnica de referência um episódio pode ter contribuído negativamente para a relação que Marcelo desenvolveu com o serviço infanto-juvenil. Em uma de suas tentativas de fuga, ele machucou a perna e não permitiu ser levado ao médico. Um dos profissionais da equipe optou pela contenção física, como intervenção para que ele ficasse quieto com a perna.

“Ele não deixou levá-lo ao médico e aí teve um dia que a plantonista apostou na contenção física para que ele ficasse quieto com a perna. Isso foi desastroso pra ele. Ele tomou pavor do serviço, depois da contenção. E a gente tentava explicar, mas ele... então, a gente não conseguiu... traçar de fato, um projeto pra ele”.

O caso é discutido com a equipe do Programa de Saúde da Família, (PSF), mas, Marcelo viaja com o pai. Os pais decidem parar de medicá-lo, avaliavam que ele estava bem e que não o queriam “abobado”. Tinham planos de matriculá-lo na escola e se dispuseram a procurar o PSF. Mas, Marcelo não aceitou ser acompanhado pelo PSF, e a equipe do PSF também não o procurou e nem a sua família.

O rapaz continuou na rua fazendo uso de drogas, apesar de não ter apresentado mais o quadro de desorganização mental que o levou ao serviço de saúde mental infanto-juvenil. A mãe, contudo, ainda se mantinha em contato com a técnica de referência. Ele continuou também fora da escola, apesar de dizer que tinha vontade de retornar. Por interferência de sua mãe adotiva, aproximava-se de seu irmão biológico, mas, sobre a mãe biológica continuou não querendo saber, nem dela, nem de serviços que tratam de “gente doida”.

Em maio de 2017, entramos em contato com a técnica de referência de Marcelo e ela nos informa que, algum tempo após completar dezoito anos, foi transferido para o serviço de saúde mental de adultos, mas também lá não se vinculou ao tratamento seguindo na rua e no uso de drogas.

2.2. O caso Aline

Aline foi a segunda adolescente entrevistada. Seu caso revela o trabalho de uma equipe que opera com o não-lugar expresso pela radicalidade de sua condição de desamparo. Há cinco anos, desde que tinha doze, esta jovem morava na rua, numa região da cidade conhecida como Pedreira Prado Lopes, lugar onde fazia uso de múltiplas drogas, em especial, o crack, e onde também dizia fazer programas sexuais. Desde o início de seu atendimento no serviço de saúde mental a sexualidade foi um aspecto que chamou a atenção de sua técnica de referência: “[...] uma questão muito presente no discurso dela, [...] a questão de que ela transava, ela não usa esse termo de prostituição, [...] mas fica com esta questão: quero transar, quero transar!” Nas palavras de Aline: “Faço programa. Roubar não roubo e nem peço.” Assim se explica na ocasião da entrevista, quando também nos diz morar sozinha, mas que “morar sozinha é horrível”. Além disso, disse-nos também que o lugar onde ficava “é invadido”.

O aspecto solitário de sua vida é outra questão que se destaca no caso. Segundo comenta sua técnica de referência, “o caso dela é o único que a gente tem assim, com esta particularidade de estar assim, totalmente assim, sem nenhum laço familiar”. Ela observa que vínculos fragilizados e conflituosos com a família é algo comum nas diversas histórias de crianças e jovens que recebiam, mas Aline trazia algo diferente. Na verdade, é o que ela não trazia que a tornava um caso paradigmático para a equipe. Não se sabia nada de sua infância e, apesar de ter mãe e muitos irmãos que moravam em uma cidade vizinha, e aparentemente, um pai que parecia não ter contato, a equipe não conseguia conhecer nenhum dos membros de sua família. “Não quero falar”, foi a resposta que ela nos deu quando lhe perguntamos sobre

sua família, ocasião em que apenas afirmou ter pai, mãe e irmãos.

Em abril de 2015 o gerente do serviço nos apresentou a Aline, que andava inquieta pelo serviço com uma sacola de preservativos nas mãos. Havia uma suspeita de que estivesse com pneumonia e precisava ficar no oxigênio, coisa que não conseguia fazer por mais de alguns segundos. Era uma jovem miúda, de cabelos curtos, cortados sem muito cuidado, várias cicatrizes no corpo, e estava com um vestido preto decorado com algumas lantejoulas. Aceitou conversar conosco, mas por pouco tempo, tendo em vista sua inquietação misturada a sonolência provocada pelos efeitos da medicação. Só conseguimos trocar algumas palavras sobre o assunto dos preservativos, já que ela abre a sacola para mostrá-los e, também sobre o motivo de ir embora do serviço: “Eu vou, mas eu volto”, ela disse. Logo em seguida, levantou-se de onde estava, dizendo querer ir embora e seguiu sua deambulação pelos corredores dos serviços, demandando ser liberada pelos profissionais. Tivemos que voltar no dia seguinte.

Nossa ida ao serviço de saúde mental infanto-juvenil coincide com um de seus retornos a ele. A entrevista ocorreu lá mesmo, por intermédio de sua técnica de referência e do gerente do serviço. No prontuário havia o seguinte registro da fala de Aline: “Se eu morrer não faço falta a ninguém”. Tinha dezessete anos quando a conhecemos. Falamos um pouco sobre a pesquisa. Ela ouviu, entendeu e aceitou prontamente participar. Ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contou-nos que havia estudado até a quinta série e que queria voltar a estudar. Conversamos por um tempo relativamente longo, que foi entrecortado por algumas saídas repentinas e por alguns momentos em que ela se levantava, abruptamente, e saía do consultório. Uma delas foi para buscar sua sacola de preservativos e nos mostrar. Este modo de funcionamento da entrevista não nos impediu de realizá-la, pois ela sempre voltava à sala na qual estávamos. Ia, mas voltava. Ao todo, tivemos três encontros com a jovem.

Uma das marcas que Aline trazia no corpo era um nome tatuado em seu braço, o nome de sua mãe. Não quis falar muito a respeito disso. Aliás, Aline não conseguiu desenvolver muito suas ideias ao longo da entrevista. Suas respostas foram curtas e diretas, talvez pelo efeito da medicação, mas, ainda assim, o que nos disse nos pareceu muito significativo. Sua ida para a rua se deu através de um episódio ocorrido quando tinha doze anos e ainda morava com sua família. Aline relatou a mãe que havia sido abusada sexualmente por um irmão, usuário de drogas, ocasião em que, aparentemente, inicia o uso de drogas. Diante disso, nesta mesma época a mãe a coloca para fora de casa. Na rua, Aline dizia passar os dias “trocando sexo por drogas”. Quase não se alimentava: “Não tem comida

na rua, é difícil”. Dormia mal e estava sempre exposta a vários tipos de riscos.

Sua chegada ao serviço de saúde mental se deu por intermédio do trabalho da equipe do Consultório de Rua que atuava na região onde costumava ficar. Eles sempre a abordavam, segundo ela, oferecendo “remédios e camisinha.” Um dia, Aline aceita a ajuda tantas vezes oferecida. Estava com dezesseis anos nesta época e encontrava-se fisicamente muito debilitada e com a higiene pessoal muito precária. Aceitou voluntariamente a hospitalidade noturna no serviço de saúde mental para crianças e adolescentes que, neste município, funciona 24 horas. Segundo conta a sua técnica de referência, ela queria descansar, comer e dormir. Queixava-se de cansaço da vida na rua, fazendo referência ao uso de drogas e às práticas sexuais, algo verbalizado algumas vezes nos atendimentos. Mas, assim que se sentia melhor, irrompia nela uma forte vontade de voltar para a rua, para novamente transar e usar crack, como dizia.

Nestas condições, buscou o serviço diversas vezes, permanecendo por alguns dias e logo depois pedindo para ir embora. Quase sempre estava erotizada. Mas, além disso, a equipe também percebia que ela gostava de ler, escrever, e costumava ficar tranquila no serviço enquanto restabelecia suas forças físicas. A volta para a rua se dava não sem alguns acordos que a equipe tentava fazer com ela para que retornasse ao serviço, algo que ocorria, mesmo que demorasse um tempo indeterminado. Ainda assim, sempre que comparecia ao serviço voltava novamente para a rua. Nunca chegou a fugir do serviço, mas, quando vinha, estava visivelmente muito debilitada e costumava chegar bem cedo. Irritava-se por dois motivos: quando queria ir embora e a equipe tentava convencê-la a ficar, e quando era medicada. Na ocasião em que conversávamos, ela nos disse: “Quero ir embora, estão tentando me dopar.” Suas primeiras impressões do serviço, segundo nos conta, foram boas: “Eles cuidam de mim!” De fato, quando ia ao serviço, Aline comia, dormia, descansava, tomava remédio e ganhava camisinha, como nos disse. Mas, também, era levada a consultas clínicas diversas, bem como atendimentos ginecológicos.

O primeiro contato que a equipe tentou fazer com a mãe se deu a pedido de Aline, situação que gera grandes expectativas para ela. Nos dias que antecederam a vinda da mãe, Aline ficou agitada e queixou-se de ter pesadelos. Acordava dizendo que queria fazer sexo. Chegou a pedir para que ligassem para um namorado, e disse que queria ir embora. Conseguiu ligar para ele e dizer: “estou internada, quero dar um tempo em tudo, nas drogas e na rua.” Em uma destas noites em que relata ter tido pesadelos, contou ter visto a sombra do irmão, morto, passando a mão sobre seu corpo. Acordou inquieta e erotizada dizendo que queria fazer sexo e fumar crack. A visita da técnica do Consultório de Rua consegue acalmá-la um pouco. Elas

saiam pelos arredores do serviço para conversarem, fato que acontecia com certa frequência. Mas, naquela data, à noite, se inquieta novamente, se recusando a ficar no serviço. Ameaça fugir para a rua por que tinha que fumar crack e fazer sexo. Seguiu falando muito sobre a mãe. Tinha certeza de que ela não viria, ou que ela não poderia vir. No dia seguinte, como havia antecipado, a mãe de fato não veio. Aline fica chorosa e recusa a ser medicada. Insistiu para que a deixassem ir embora e se comprometeu a voltar todos os dias. Ela volta, mas, obviamente, não todos os dias.

Na ocasião de seu aniversário de dezessete anos, sua técnica de referência providencia um bolo para comemorar, mas Aline queria se arrumar e vestir roupas novas. Após se arrumar, quis ir embora para comemorar seu aniversário na rua, “transando muito”, não sendo possível convencê-la a ficar. As discussões entre as equipes do serviço de saúde mental para crianças e adolescentes e a do Consultório de Rua eram frequentes. Tentavam dar conta da complexidade do caso e de como agir diante das demandas de Aline de ficar pontualmente no serviço, descansar e, em seguida, voltar para a rua. Ela própria nos explicou que o motivo que a levou a aceitar ir para o serviço de saúde mental infanto-juvenil foi que: “Querida um lugar para ficar um pouco, mas já estou querendo ir embora [...], eu estava cansada e vim pra descansar”. Ainda não estava claro, para todos, sobre como o serviço deveria se posicionar diante destes aspectos, já que o serviço não era um abrigo.

A possibilidade de um abrigamento foi oferecida a Aline, muitas vezes, mas, na maioria delas ela recusava. Certa vez aceitou ser abrigada, mas no dia seguinte retornou ao serviço dizendo: “Senti solidão lá!” Afirmou que não gostava de conversar com adolescentes que só falam em usar drogas. A equipe oferece cuidados, mas ela não aceita e quer voltar para a rua. Pede que não insistam para que ela não tenha que usar de “força bruta”. Depois de um período de afastamento do serviço retorna contando ter passado três dias na casa da mãe. Disse que a casa estava cheia. Relata à sua técnica de referência ter sentido uma espécie de mal estar; conclui que “não tem lugar lá para mim”.

Em outra ocasião, chegou cedo ao serviço, toda molhada de chuva. Dizia ter feito uso de várias pedras de crack no dia anterior. A equipe fez nova tentativa de abrigamento e desta vez ela aceitou. No dia seguinte estava confusa, queria ir embora para a cidade da mãe, ao mesmo tempo em que queria ir para a Pedreira, ou retornar para o abrigo. A equipe a acolhe e a acompanha até o Conselho Tutelar. Chegando lá ela pediu para ser levada para a casa da mãe, mas, por questões burocráticas e jurídicas o Conselho Tutelar nega-lhe este pedido, dizendo-lhe que isso estaria “fora da legalidade”, tendo em vista que só poderia ser feito a pedido de um juiz, e se estivesse abrigada legalmente em uma instituição. Foi negado também

um vale transporte. Aline agradece e vai embora, sozinha.

Passa o final de 2014 na rua e retorna ao serviço no início de 2015. Como de costume, chegou muito cedo, cansada, emagrecida e descuidada. Dizia não aguentar mais usar drogas, não queria voltar para a rua, “essa vida não dá”. Queria ficar no serviço, não apenas quinze ou trinta dias, queria ficar bem para voltar para casa. Não se alimentava há dois dias. Comeu, tomou banho, dormiu por alguns dias, e quando melhorou, não houve outro jeito, ela voltou para a rua.

Retornou depois de um mês, aproximadamente, menos abatida e com uma aparência melhor. Havia saído de um abrigo que buscou por conta própria. Estava há alguns dias sem usar drogas. Permaneceu no serviço por um curto tempo, porém, sempre falando em ir para a casa da mãe e parar de usar crack. Novamente, acabou decidindo por voltar para a rua.

Além das perguntas previstas na pesquisa, outros aspectos também foram abordados, em função da grande lacuna em sua história pregressa. Aline nos disse que não conhecia o serviço e que não sabia nada a respeito dele, mas entendia que o motivo que a levou a ser encaminhada para lá foi: “Drogas. Pra eu tratar!”. Ela também dizia que o serviço era adequado para o tratamento de outros adolescentes usuários de drogas. Mas, quando lhe perguntamos como deve ser o tratamento no serviço, para esses casos, ela simplesmente responde: “Quero ir embora”!

Quando voltamos ao serviço para entrevistarmos sua técnica de referência esta nos conta que aos treze anos Aline teve uma filha que está sob os cuidados de sua mãe. Pelo tempo desta gravidez é possível que a menina seja fruto da relação incestuosa com o irmão. Neste dia, encontramos a jovem novamente, ocasião em que estava inquieta e andando de um lado para o outro no serviço. Perguntamos-lhe para onde queria ir e ela nos disse: “Pra casa”!

Em dezembro de 2015 entramos em contato com a técnica de referência de Aline que nos informou que, naquele momento, ela não estava mais morando na rua. Passou por um abrigo e estava morando com uma irmã. Dizia que a irmã usava drogas, mas ela não. Voltou a estudar no Programa de Educação para Jovens e Adultos, (EJA), que funcionava no Centro de Convivência, e já havia concluído dois módulos. A equipe tentava conseguir um benefício do governo para ela, e apesar de já ter feito dezoito anos, e isso implicar na sua transferência para o serviço de adultos, optaram por mantê-la no serviço pelo tempo que fosse necessário. Com relação à sua mãe e ao restante de sua família, a equipe não conseguiu avançar e já não tinha muitas expectativas sobre isso.

2.3. O caso Adriano

O terceiro adolescente entrevistado foi Adriano. Na ocasião, ele era recém-chegado ao serviço havia quinze dias. Somos esclarecidos pela gerente e pela técnica de referência, que Adriano ensinava à equipe sobre dois aspectos: o primeiro era o modo como as dificuldades de adesão ao tratamento aparecem no momento da crise mobilizando a participação de outros serviços da rede de atenção psicossocial, tais como, o Serviço Móvel de Urgência, (SAMU), o CAPS de adulto, a Unidade de Pronto Atendimento, (UPA) e a Unidade Básica de Saúde, (UBS). O outro aspecto é o que permitiu a equipe reconhecer o serviço como um lugar que pode, de fato, acolher as questões trazidas por um jovem usuário de drogas como ele. Segundo a técnica de referência: “O caso do Adriano é um caso realmente grave. Crise, realmente, porque chegam umas crises aqui pra nós, que não são crises. Mas esse caso aí mostrou isso. É uma crise. Esta é a crise que deve atender o CAPS.”

O relato que se segue é resultado tanto das informações colhidas no momento das entrevistas e do estudo do prontuário, que se deu em maio de 2015, quanto daquelas que tivemos conhecimento algum tempo depois quando foi preciso entrar em contato com o serviço novamente para esclarecer algum aspecto específico.

Adriano tinha dezesseis anos quando foi levado ao serviço de saúde mental infanto-juvenil. Sua primeira técnica de referência conta que ele chegou numa segunda-feira, “[...] contido numa ambulância do SAMU e, segundo o técnico do SAMU, ele estava muito agitado, agressivo, e já havia uns quatro dias que estava assim”. Antes disso, no fim de semana havia sido levado para a Unidade de Pronto Atendimento, UPA, “[...] mas não conseguiram nem medicá-lo, tamanha era a agitação dele. Jogou a medicação fora e evadiu da UPA. Então, só conseguiram trazê-lo aqui, porque foi chamada a polícia que o pegou junto com o SAMU”.

Quando o conhecemos a equipe já reconhecia em Adriano alguns sinais de melhora, apesar de ainda estar bastante confuso e um tanto desconfiado. O encontramos deitado no leito da permanência dia, observando alguns ferimentos em seu pé. Perguntou-nos se o alarme fixado na parede era alguma câmera que nos filmava e não permitiu que gravássemos a entrevista. Fez questão de verificar se o telefone da pesquisadora estava desligado, e só aceitou participar quando teve certeza disto. Apesar destas questões, respondeu prontamente todas as perguntas. Sobre como havia chegado no CAPSi, disse: “Minha mãe e meu vô, seu Oliveira. Ele achou que eu estava doido. Viemos de Kombi branca. Era o SAMU 192. Não sei quem ligou. Foi meu pai, porque eu baforei cola de sapateiro. Fiquei muito doido mesmo!

Igual chá de cogumelo [...]” Perguntamos como havia sido tratado pela equipe do SAMU e ele respondeu: “Muito bem! Me deram remédio injetável, quer dizer, comprimido”. Sobre a abordagem da polícia, não fez queixas, entretanto, disse que “já quis fugir” do serviço por que, inicialmente, achou que ali “era uma cadeia.”

Suas primeiras impressões do serviço foram um tanto ameaçadoras: “Achei que eles iam me matar, mas não sei não!” Não soube explicar ao certo por que pensou isso e pediu que esclarecêssemos com seus familiares: “[...] tem que perguntar para o meu pai, minha mãe e meu avô”. Mas em seguida ele mesmo respondeu que era porque “[...] não conhecia ninguém aqui. Agora, todo mundo é super legal!” Já tinha ouvido falar do serviço, que “[...] era lugar para meninos que tem problema de cabeça, meninos doidos”.

Logo, outros aspectos do caso aparecem e a desconfiança de Adriano com as pessoas revela um episódio que antecedeu sua crise. Segundo relata seu pai, alguns dias antes do início do quadro, Adriano havia usado, com desconhecidos, cola de sapateiro, *tinner* e uma mistura de solventes que chamava de “baforada”. Este episódio resultou em uma briga que lhe rendeu diversos ferimentos. Muito confuso e machucado, achou que estava sendo perseguido. Procurou o pai para agredi-lo com uma faca, mas acabou desferindo as facadas em seu cachorro. Foram dezoito facadas. Disse que fez isso para não machucar seu pai. Via pessoas subindo pelas paredes e acreditava estar sendo perseguido pelos rapazes que brigou.

A mãe, que é técnica em enfermagem, havia o deixado sozinho em casa neste período, por quatro dias e três noites, dizendo que iria trabalhar como cuidadora de idosos. A equipe suspeitava que esse não fosse o verdadeiro motivo de tê-lo deixado sozinho por esses dias, já que, descobrem que estas saídas da mãe eram recorrentes. Diante deste quadro, como conta a técnica de referência, “[...] no primeiro momento, assim, nós vimos só o estado dele momentâneo, confuso, desorganizado, agressivo, impulsivo. Então, nesse primeiro momento não deu pra avaliar muita coisa. Só depois é que ele foi soltando [...]”.

O uso de maconha havia se iniciado por volta dos onze anos e, desde os quatorze vinha sendo acompanhado pelo Centro de Referência Especializado em Assistência social, (CREAS), em decorrência de história de negligência familiar. Teve uma passagem na Divisão de Orientação e Proteção à Criança e ao Adolescente, (DOPCAD), que é uma divisão da polícia civil especializada em crianças e adolescentes, pela prática de roubo com o uso de arma de fogo. Apesar do envolvimento com atos infracionais, a técnica de referência observa que Adriano “[...] não tinha muito perfil pra isso, não...” Trabalhava em uma oficina mecânica desde quatorze anos, atividade pela qual se interessava muito, ao contrário da escola, cujo vínculo era bastante precário. Tinha uma namorada, como conta o pai, mas, havia terminado o

namoro há pouco tempo porque um amigo se interessou pela moça e brigaram.

Os pais de Adriano se separaram em 2006, quando ele tinha entre seis e sete anos. Sua mãe foi embora de casa deixando um bilhete para que o pai cuidasse dele. Antes disso, a mãe já fazia essas saídas de casa por períodos indeterminados, voltando algum tempo depois. Mas, desta vez, ela só retorna quando Adriano já estava com treze anos, aproximadamente. E, neste momento, conta que ele era filho de outro homem. Segundo a técnica de referência, foi aí que “[...] ele ficou sabendo que não era filho do Roger¹⁴, o pai que registrou e criou ele desde sempre.” “Fui o último a saber”, disse este pai. Mas, a técnica de referência, não acreditava muito nisso. Ela nos disse:

“Olha, é quase impossível que ele não soubesse. Até pelas características físicas. Adriano é negro, o pai é branco, a mãe é loira do olho azul. Então não teria condições dele ser realmente filho desse pai. Entendeu? [...] Eu questionei a mãe, sobre essa coisa da paternidade também, sobre quem tinha contado pro Adriano, quando que isso ocorreu. Tudo coincide com a mesma data que ela retirou Adriano da guarda do pai. [...] E aí eu pergunto pra mãe: mas quem que contou. E ela falou: Ah, eu que contei porque já havia um bochicho lá na rua e ele ia ficar sabendo de qualquer maneira.”

Dois anos mais tarde, Adriano foi morar com sua mãe. Para o pai, ela havia feito “a cabeça dele”. Mesmo depois do ocorrido Roger não mudou sua relação com Adriano, “[...] assumiu ele como filho e, demonstra um sentimento de pai, realmente. Inclusive ele que veio com o Adriano no primeiro contato”, explica a técnica de referência. Ele também revezava com a mãe o acompanhamento do jovem nos pernoites que ocorreram no serviço de adulto.

Segundo relatos no prontuário e tal como conta a técnica de referência, o pai biológico havia morrido há muitos anos. Havia muitas histórias a respeito dele. Conta-se que ele havia sido assassinado por um adolescente de quatorze anos porque era “matador” de adolescentes. Envolvia-se com roubos, uso e tráfico de drogas e se fazia passar por policial. Há um ano Adriano foi ao velório de dois irmãos, por parte do pai biológico que, como ele mesmo disse: “Morreram na vida do crime”.

Apesar de seu quadro, Adriano estava muito orientado quanto ao motivo que acreditava o ter levado a ser encaminhado para o serviço: “Porque eu fumava maconha, cheirava, baforava... Fazia de tudo, menos fumar pedra”. Durante o período em que esteve em crise permanecia no serviço durante o dia, e à noite pernoitava no serviço de adultos.

As equipes dos dois serviços observavam certa inadequação da mãe em relação ao filho, sugerindo uma relação incestuosa. Erotizado na fala em relação à técnica de referência, também a chamava de mãe, em certas ocasiões. Apresentava constantes episódios de

¹⁴ Nome fictício

agressividade relativos a sua vontade de ir embora, mas sempre em relação a objetos, nunca a pessoas. As pernoites ocorriam no serviço de adultos porque o serviço de saúde mental infanto-juvenil não funcionava 24 horas, o que mobilizava a retaguarda noturna e nos finais de semana do CAPS III de seu município. Segundo relatos do prontuário, não havia delírio aparente, mas, Adriano mantinha-se desconfiado em relação às pessoas e recusava, com frequência, a medicação via oral, chegando a cuspi-la algumas vezes. Era comum manifestar vontade de ir embora ou mesmo de fazer tentativas de fugir do serviço. Gritava: “Quero ir embora daqui!” Também fez algumas tentativas de fuga nos momentos em que era levado para o serviço de adultos para passar a noite, momento em que pedia para não ser levado para o “Galba”, expressão que se referia ao Hospital psiquiátrico Galba Velloso. Durante os pernoites eram frequentes as crises de agitação que culminavam na necessidade de contenção química e mecânica. Havia vários relatos de tentativas de fuga do serviço de adultos. De maneira geral, dormia pouco, apresentava oscilações de humor, irritação e agressividade.

Para os profissionais do serviço infanto-juvenil, o longo período de pernoites no CAPS de adulto não era uma experiência comum: “Essa pernoite longa, já são dezesseis ou dezessete dias que ele está em pernoite no CAPS, isso não é comum aqui. Já ocorreu uma pernoite, mas, várias pernoites no CAPS, isso nunca tinha acontecido. Foi o primeiro caso que demandou isso”. Foi cogitado, por alguns profissionais da equipe, a possibilidade de uma internação em Hospital Psiquiátrico, mas isso nunca chegou a se concretizar. Optaram por tentar acompanhar o caso no município mesmo, o que demandou a realização de várias reuniões com as equipes dos serviços de saúde mental adulto e infanto-juvenil, bem como discussões com equipes da Unidade Básica de Saúde e a unidade de Pronto Atendimento.

Certa vez, foi encontrado chorando, no serviço infanto-juvenil. Queria saber notícias de seu patrão: “Trabalho com lanternagem e pintura”. Nesta ocasião, já havia se dado conta de que o ferimento no pé ocorreu quando se machucou pulando da laje. Explicou que fez isso por “[...] medo do meu pai me matar, o *killer!*”. Ele mesmo explica que em inglês esta palavra significa “matador”. Dizia que o espírito do seu irmão morto havia entrado nele e era responsável por tudo o que ele havia feito. Insistia em ir embora e gritava frases aparentemente desconexas.

“Então, nas falas do Adriano, mesmo desconexas ele falava algumas coisas, que depois a gente vem compreender, sabe? [...] E há realmente alguma coisa, que ele ainda não consegue construir, sabe? [...] Então assim, a princípio, pra quem está ouvindo, parece um delírio, mas não é um delírio, ele não consegue construir!”

Exemplo disso foi uma ocasião em que Adriano chegou ao serviço, acompanhado de sua mãe e gritando: “Eu só quero que meu filho nasça! Quero morrer!” “Minha mãe foi estuprada!” “Está com saudade do malandrinho que está morto!” As questões com o pai também estavam presentes nas frases que expressava, como explica a técnica de referência: “Mas, ele diz algumas coisas sim, que dá pra gente entender, e às vezes a gente pergunta: Pai? De quem é que está falando? E o pai explica (O pai adotivo costumava explicar para a equipe as falas de Adriano, quando eram muito confusas). Consegue explicar”.

Progressivamente os episódios de agitação começaram a diminuir, assim como aumentava sua vontade de receber alta e sua impaciência em permanecer no serviço. Certa vez, ajoelhou aos pés da psiquiatra para que lhe deixasse ir embora pra casa. Faz novas tentativas de fuga, mas todas sem sucesso, o que lhe deixava irritado: “eu quero ir embora daqui, eu quero ir para o DOPCAD, pode chamar a polícia!” A equipe lhe propõe alternativas como, por exemplo, passar a noite em casa e retornar para a permanência dia. Ele aceita e passa a vir sem maiores problemas para o serviço, exceto pelo fato de que, quando chegava na recepção resistia para entrar e pedia para ligar para seu pai. Dizia que precisava ir embora porque era “lanterneiro e que tinha muito serviço”.

O pai decidiu voltar para sua cidade natal, que está localizada em outro estado do Brasil, mas Adriano resolveu ficar com sua mãe. Em um atendimento disse que sua vontade era de ir com o pai, mas que não podia fazer isso com sua mãe, porque traria problemas financeiros para ela. Se fosse morar com o pai ele não pagaria mais pensão para ela: “É minha velha! Vai passar fome?” Pedia constantemente para que lhe arrumassem um emprego, mas, apesar da insistência não conseguia sustentar o pedido naquele momento. Não foi a oportunidade alguma que a equipe conseguiu encontrar para ele, na condição de menor-aprendiz. Quando trabalhava, seu dinheiro ajudava a mãe a pagar o aluguel da casa.

A dificuldade em aderir ao tratamento passa a ser mais evidente em relação às vindas ao serviço e ao recurso medicamentoso. Esforçava-se para demonstrar que estava bem e que não precisava mais tomar remédio: “Meu cérebro está muito bom. Já fui viciado muito em maconha, eu não preciso tomar remédio”. Afirmava não querer saber de usar nenhum tipo de droga, nem cigarro. Dizia ser um bom menino, que trabalhava, estudava e apenas uma vez pegou “em arma de plástico” e participou de um roubo.

Sua segunda técnica de referência, que entra no caso algum tempo depois, avalia que era hora de diminuir suas vindas ao serviço, o que lhe deixou muito satisfeito. Manteve-se sem queixas por um bom período, inclusive nos finais de semana, quando começou a passá-los em casa. A técnica observava que ele gostava de ser atendido no consultório e que isso era

um marco em seu atendimento porque, para ele, era um sinal de melhora e ele sempre pedia para conversar. É nesta mesma época que Adriano começa a elaborar suas questões e falar um pouco mais de si. O uso contínuo da medicação o irritava. Não entendia porque e até quando teria que tomá-la. Um dia se revolta e diz que ia parar de tomar medicação porque queria trabalhar, fumar maconha e beber. Demonstrava se preocupar com sua aparência e acreditava que a medicação lhe fazia ganhar peso: “Quero meu tanquinho novamente, vai ter muita menina atrás de mim!” Acreditava que o serviço de saúde mental não era lugar para ele, mas concordava que o havia ajudado: “Claro que sim! Acho! Por quê, eu não sei explicar! Para eu parar de ser louco, não virar uma alma penada e não ficar vagando por aí, igual muitos maconheiros ficam.”

Em uma das vezes que Adriano foi buscado pela equipe, esta presenciou uma discussão entre ele e a mãe. Ele não queria vir ao serviço, exceto se a mãe lhe acompanhasse. Irritada ela lhe disse: “Eu vou viver a minha vida e você a sua!” Ele então responde: “Você quer que eu volte a usar droga! Não vou tomar remédio”! Neste dia Adriano não veio ao serviço. Daí em diante, suas vindas foram diminuindo cada vez mais, por iniciativa dele. Da mesma forma recusou-se a tomar os remédios dizendo que não ia passar mal sem eles. Ficava em casa, ocioso, segundo a mãe, “comendo e dormindo”. Tinha crítica sobre o período em que esteve em crise, e relatava não pretender voltar a usar drogas. As intervenções, no sentido de manter sua adesão ao tratamento, continuavam. Uma delas era que ele não podia usar drogas em função dos efeitos surgidos com o uso da medicação.

Adriano passou a ir algumas vezes ao serviço, com sua mãe, até que começou a ir sozinho. Ao olhar para o pátio se lembrava do tempo em que esteve lá. Tentou elaborar alguns pontos do desencadeamento de sua crise, o início do uso de drogas e o progressivo aumento. Falava de alguns acontecimentos da infância, da briga dos pais e ele no meio. Conseguiu dizer o quanto se sentia dividido e culpado por deixar a mãe sozinha. Sobre o período em que esteve em crise, disse a técnica de referência: “vivi um pesadelo acordado”. Quando sua medicação acabou decidiu que não a tomaria mais. Retornou aos atendimentos individuais, algumas vezes, mas se recusou a ir nas consultas médicas. As últimas anotações do prontuário são referentes a marcação de dois encontros. Sua mãe compareceu uma vez, mas ele não voltou mais.

Para sua técnica de referência, as dificuldades de adesão ao tratamento apresentadas por Adriano, que resultaram no abandono, poderiam ser compreendidas como uma forma que ele havia encontrado para se deparar com o real que lhe apresentava: “O que ele queria mesmo era encontrar uma posição menos ameaçadora nessa triangulação edípica e acho que

ele conseguiu!” Disse a técnica de referência.

No ano de 2017 a equipe do serviço tem notícias novas de Adriano e entra em contato com a pesquisadora para informar sobre elas. No início do ano, um trabalhador do CAPSi encontra por acaso com Adriano no centro de Belo Horizonte. O jovem lhe contou que havia se mudado para esta cidade junto com sua mãe e estava trabalhando em um lava jato. Não estava estudando e nem namorando, mas, parecia não estar em uso de drogas. No mesmo ano, em junho, chegam novas notícias do jovem por intermédio da equipe. Ele havia se unido a uma companheira e aberto um pequeno restaurante em Belo Horizonte. Disse estar bem e mandou um abraço a todos!

2.4. O caso Willian

Willian foi o quarto adolescente a ser entrevistado. A entrevista foi realizada em julho de 2015, no próprio serviço, por intermédio de sua técnica de referência, com a autorização da avó e o consentimento do jovem. Trata-se de um caso atendido durante vários anos, no serviço, de seus nove aos dezoito anos. Na ocasião em que o conhecemos estava com dezessete. As dificuldades de adesão ao tratamento estiveram presentes ao longo de quase todos os anos de acompanhamento. Isso contrastava com o momento em que realizamos a entrevista, no qual parecia surgir um vínculo com o serviço e com a técnica de referência. Fato que, na particularidade de sua história, não excluía os impasses e desafios que ainda se faziam presentes e nem aqueles que ainda estavam por vir.

Willian vivia sob os cuidados de sua avó paterna, que era sua guardiã legal, desde quando contava com seis meses de idade. Ela dizia que a mãe de Willian era usuária e traficante de drogas e que, por este motivo, não tinha condições de cuidar do neto sendo, para ele, uma influência negativa, já que, entre outros aspectos, sempre que a visitava voltava com presentes caros e com comportamento rebelde. Willian foi o primeiro, dos quatro filhos que sua mãe teve com outros companheiros. Seu pai, apesar de morar na mesma casa que o jovem, não manifestava interesse algum por ele, sequer lhe dirigia a palavra. Ele teve outros filhos com outra mulher.

De acordo com as informações extraídas do estudo do prontuário e das entrevistas realizadas, o tratamento de Willian, no CAPSi, parece se dividir em dois momentos. O primeiro consiste em um período inicial em que o jovem é encaminhado várias vezes ao serviço, por diferentes encaminhadores, tais como, o Programa de Saúde da Família, a escola e o Conselho Tutelar. Nesta ocasião ele é atendido por alguns profissionais, sem vincular-se

nem ao serviço e nem a profissional algum em especial. O primeiro destes encaminhamentos ocorre quando Willian tinha nove anos e acontece a pedido do pediatra do PSF. Chegado trazido pela avó, que também o acompanharia ao longo dos anos de tratamento. As queixas se relacionavam, na época, ao mau comportamento na escola, inquietação, dificuldades nas relações interpessoais, desinteresse, eventuais episódios de agressividade em relação a avó e, também a uma enurese noturna, de origem não orgânica, que o acompanharia por toda a puberdade e seria motivo de muita vergonha para o jovem. Willian acreditava que tinha sido encaminhado inicialmente pela escola, o que de fato ocorre, indiretamente, já que é lá que as principais queixas aparecem: “Foi a escola, foi bagunça demais, que eu estava arrumando [...], eu era novo [...]”. Mais tarde, os efeitos deste distanciamento da escola se farão notar na relação de Willian com o saber, e no modo com que o colocará a prova.

As queixas que o acompanhavam resultaram, inicialmente, em intervenções medicamentosas, com antidepressivos, e no diagnóstico de F91.9, Transtorno de Conduta *não Especificado*¹⁵, apoiado pelo Código Internacional de Doenças, CID-10. Aquilo que o diagnóstico não especificava era justamente o desinteresse do jovem por quase tudo que estava a sua volta. Nos atendimentos, ao lhe ser perguntado sobre alguma questão, respondia costumeiramente com um sorriso e um “não sei”. Da mesma forma, nunca sabia dizer por que agia daquele jeito, desinteressado, desligado.

Infrequente na escola e irregular nos atendimentos, não demorou muito para que acontecesse sua primeira alta, em virtude das dificuldades que apresentava em aderir ao tratamento. Ao contrário de Willian, sua avó mantinha-se sempre vinculada ao serviço, demandando intervenções e orientações, as quais a equipe sempre acolheu. Nesta ocasião, apesar da alta de Willian, a avó foi encaminhada para um grupo de familiares de usuários de drogas, do qual, até a época em que a conhecemos para realizar a entrevista com o neto, ela ainda participava.

O retorno de Willian ao serviço veio aos onze anos, quando ali foi atendido por outro profissional. Faltava muitas vezes e não queria ir. Os motivos de seu segundo encaminhamento eram muito parecidos com os do primeiro, mas, agora, de modo muito claro, trazia novos significantes. Nas palavras da avó ele estava “desatento e desconcentrado”, e nas atividades escolares era “desinteressado e descomprometido”. O desinteresse do pai também se intensificava e sua mãe não lhe procurava muito. A avó parecia colocar algumas dificuldades neste sentido, mas, apesar disso, Willian sempre pedia para ver a mãe. Neste

¹⁵ Grifo nosso.

período, Willian começa a se afastar de forma mais incisiva da escola e busca aproximar-se cada vez mais da mãe, em especial, quando era frustrado pela avó. As questões comportamentais continuavam a se sobressair, refletindo nas dificuldades de adesão e em seu desinteresse com o tratamento. À época, a equipe não identificou no jovem, o que poderia ser considerado como possíveis sinais de sofrimento psíquico, levando-os a lhe dar sua segunda alta do serviço.

Alguns meses depois Willian retorna, por outro encaminhamento do Conselho Tutelar. Somam-se, agora, às queixas de desinteresse, descompromisso, desatenção e desconcentração, as de agressividade em relação à avó, que se tornavam mais contundentes. Certa vez ele a pegou pelo pescoço. Ela conta que o corrigiu com tapas. A avó não o deixava sair de casa por medo das “más companhias”, e também por estar pegando coisas escondidas dentro de casa. O pai foi chamado ao Conselho Tutelar e ao serviço de saúde mental, mas não compareceu a nenhum dos dois lugares.

Em uma das vezes que chegou ao serviço Willian foi atendido pela profissional que, alguns meses depois, se tornaria sua técnica de referência. Aqui parece iniciar o segundo momento do caso. Ela descreve da seguinte forma suas primeiras impressões: “Quando comecei a atender e fui percebendo que ele não dava muita resposta ao tratamento, ele vinha, mas era um menino que se mantinha calado o tempo todo, nunca aceitou fazer uma atividade, nunca aceitou participar de um grupo.” No entanto, já nos primeiros atendimentos observa-se que Willian fala sobre si, com ela, algo que destoava de seu habitual desinteresse com tudo. Contou que morava com os avós, um primo e o pai, e que tinha conflito com a avó porque ela não lhe deixava fazer nada, nem jogar bola. Por isso, queria morar com sua mãe, já que ela o deixava fazer o que queria. No mesmo atendimento falou sobre sua relação com o pai, mostrando-se magoado por ele dar mais atenção às filhas que tinha com outra mulher, do que a ele. Foi a primeira vez que conseguia dizer algo sobre si e sobre o pai. Após este encontro abandonou o tratamento, pela primeira vez, já que das outras duas seu rompimento com o serviço se deu por iniciativa do próprio serviço, através das duas altas que teve.

Quando retornou estava com treze anos e foi acolhido pela mesma profissional. Willian, nesta época já havia sido expulso da escola e aguardava outra vaga via o Conselho Tutelar. Apesar dos esforços e temores de sua avó, ele estava andando em “más companhias”, tirando dinheiro de familiares e mentindo. Nos atendimentos, falava de sua relação com o pai. Contava que continuava morando com ele e o avô, e que o relacionamento deles era bom. Em seguida retifica-se: “Eu só vejo ele, a gente não conversa”. Diante de tantos desinteresses, o olhar de Willian denuncia uma exceção ao apontar para o que de fato seria seu interesse

maior, o pai. Saiu deste atendimento visivelmente irritado e demonstrando toda a sua revoltada com ele. A mágoa que ao longo da infância parecia ter em relação ao pai, começava a dar lugar, na puberdade, a um sentimento de revolta. Depois deste atendimento novamente não compareceu ao serviço. A avó, como de costume, ligava remarcando o atendimento do neto dizendo que se ele não fosse, ela iria. A mãe, que costumava pedir a Willian que cuidasse dos irmãos menores para que pudesse sair, não o incentivava a manter o tratamento. Achava que ele não precisava disso e nem de remédio.

Em uma única e surpreendente vez, Willian veio ao serviço acompanhado pelo pai, que foi orientado com relação aos riscos de envolvimento do jovem com drogas. A mãe também compareceu relatando se preocupar muito com ele e que o preservava das drogas. Willian, contudo, deixou novamente de ir ao serviço. Quando retornou, chegou dizendo à técnica de referência: “Estou aqui por causa da bagunça, porque fui expulso, não gosto do meu pai, porque ele não gosta de mim!” Nesta época resolveu morar com a mãe, o que deixou a avó transtornada. Algum tempo depois, ele se desentende com a mãe e volta para a casa da avó. Estava usando maconha, agora de forma frequente. Ocioso, sem escola e passando a maior parte do tempo na rua, mantinha-se arredio e irônico com os familiares. Apesar disso, vinha aos atendimentos e falava cada vez mais do abandono do pai e das tentativas da mãe em obter sua guarda, coisa que o jovem começava a considerar.

Ao comentar com sua técnica de referência sobre o fato de estar tirando dinheiro dos avós, diz a ela que as coisas poderiam ser diferentes se a avó lhe desse uma ‘carteirinha’ (uma espécie de mesada) para ele. Diante disso, a técnica de referência faz uma intervenção dizendo: “A mudança deve partir de você!” Willian não comparece nos encontros seguintes, mas, esta intervenção parece interrogá-lo em sua posição neurótica.

Quando retornou ao CAPSi Willian confirmou estar usando maconha e cocaína, “mas pedra nem pensar”! Apesar de reclamar que a maconha lhe dava muito sono, era a substância de sua preferência, por que deixava-o, como nos disse, “tranquilão”. Para sua técnica de referência a droga tinha uma função em sua vida: “Por ser assim, um adolescente assim, abandonado pelo pai e pela mãe, eu acho que ele entendeu que a droga veio substituir, assim, não é substituir, mas, ela teve uma função aí na vida dele, nesses momentos de angústia”.

Quando Willian voltou para a casa da mãe por alguns dias, sua enurese noturna também retornou. Só ia voltar para a casa da avó quando tivesse vontade. Dizia que se sentia mais seguro com a mãe porque “os meninos da rua da minha mãe não mexem comigo, ela já falou com eles”. Apesar disso, passava grandes períodos na rua, frequentando pontos de venda de drogas. Mesmo ele morando com a mãe, a avó consegue trazer o neto a um

atendimento, durante o qual estava bastante sonolento. A avó sempre se mostrava muito obstinada a colocar o neto “nos trilhos”, como dizia. Quando encontrava maconha e balanças de precisão em suas coisas, entregava ao detetive da polícia civil.

Pouco tempo depois, ele retorna à casa da avó, mas, esta adocece, e precisa ser hospitalizada. O mesmo acontece com sua mãe que estava com pneumonia. Sua técnica de referência lhe pontua sobre a fragilidade das duas pessoas que mais se interessavam por ele. Willian passa a sair menos de casa, ficava na internet, dormia na cama com os avós e sentia medo. Algum tempo depois se descobre que ele havia sido detido pela polícia por estar vendendo maconha. Por algum tempo as coisas pioram significativamente, pois, passa a correr risco de vida. Apesar disso, volta a usar drogas e passar a noite na rua.

A partir daí a avó inicia uma busca para inserir o neto em projetos sociais, mas, sem êxito. Então, recorre ao Juizado da Infância e a Promotoria da Infância e juventude, na tentativa de conseguir uma internação compulsória. Recebe do CAPSi orientações quanto aos limites deste recurso e em relação às expectativas que tinha quanto à sua eficácia. Segundo avalia a técnica de referência de Willian, “[...] era preciso acolher sua avó.” Ela mantém seu propósito com relação a internação compulsória, mas ainda não seria neste momento que aconteceria.

A judicialização do tratamento clínico de Willian o leva a ser encaminhado, em companhia de uma tia, a um hospital psiquiátrico público para crianças e adolescentes. Segundo a técnica de referência “[...] a gente sabia que ele ia chegar lá e que não ficaria internado, mas, mesmo assim, como tinha sido uma determinação judicial ele foi.” Estava com quinze anos e apesar de não concordar, aceitou sem resistências. Na avaliação, definiu-se que ele não apresentava alterações psíquicas que justificassem sua internação naquele momento e, por isso, foi encaminhado para outro serviço público específico para o atendimento de adolescentes usuários de drogas, desativado algum tempo depois. Da mesma forma, a equipe deste outro serviço também entendeu que não havia motivos para interná-lo sendo, então, proposto um tratamento ambulatorial, ao qual Willian aderiu inteiramente, situação que surpreendeu a avó levando-a a manifestar preocupação com o neto. Segundo conta a técnica de referência a avó comentava que “[...] eles tratam a questão da droga de forma muito aberta e que acham que maconha não faz mal”, e a avó não conseguia compreender isso com tanta naturalidade. Certa vez, contou angustiada que o psicólogo de lá lhe disse que ele não voltaria a estudar e que, provavelmente, não teria a vida que ela desejou para ele. Ficava intrigada com o fato de Willian gostar de fazer tratamento lá.

Diante disso, buscou novamente uma internação compulsória para o neto. Afirmava que ele fazia uso contínuo de maconha, inclusive dentro deste serviço. Segundo relata sua técnica de referência, Willian era atendido por um psicólogo e um psiquiatra, “[...] ele até falou que esse psicólogo também é usuário de drogas, que entendia ele e que ele tinha era de diminuir o uso de drogas, e que as pessoas que levavam ele, os motoristas, começaram a se recusar a ir [...]” até a instituição, para levar sua avó e ele, pois, começaram a achar que Willian era um adolescente perigoso. Suspeitavam de estar levando drogas, ou de estar trazendo drogas desta instituição. A situação foi discutida entre as equipes do CAPSi e do CREAS, que propuseram outras medidas de base comunitária e psicossocial como meio de promover o acompanhamento de Willian, o que adia a internação compulsória. Na opinião de sua técnica de referência, havia uma clara relação entre as dificuldades de Willian aderir ao tratamento e seu envolvimento com o uso de drogas, os atos infracionais e suas questões familiares.

“[...] ele estava muito envolvido com a droga, envolvido assim, com a marginalidade. Ele foi preso, ele teve amigos que foram assim, assassinados. Então, eu acho que essas questões também, esses problemas que aconteciam em casa e ele não sabia como lidar. Ele não pedia socorro, né... Então eu acho que ele ficava assim, muito angustiado”.

Nos períodos seguintes o tratamento no CAPSi passou a ser imposto por outra determinação judicial. Nos atendimentos psiquiátricos Willian não fazia qualquer tipo de queixa, ao contrário, sempre dizia que estava tudo muito bem. Apesar disso, não negava seu envolvimento com o tráfico e nem o uso de dois baseados de maconha por dia. Contava que ficava sonolento quando usava maconha, e agitado quando usava cocaína, mas se ficasse sem usar maconha sentia câimbras e mal-estar. Foi detido pela polícia, e logo após liberado, novamente, depois de ser pego vendendo drogas. A internação compulsória ocorre justamente nesta época por intermédio das ações da avó. Como conta a técnica de referência...

“[...] ela ia na promotoria, ela ia nos juízes, ela ia atrás desse grupo (grupo de pais de usuários de drogas que funcionava em uma ONG). E aí, dessa forma, ela foi fazendo até que o juiz fez a determinação para a internação compulsória e entregou lá na Secretaria de Saúde”.

Sua avó o acompanhou até a clínica que ficava em outro município. Sua mãe protesta contra esta medida dizendo que o filho não precisava disso e, como de costume, Willian não resistiu, apesar de não concordar. Durante os meses em que estava internado, a avó não deixou de ir ao serviço e nem de trazer notícias do neto.

Ao retornar da internação, seis meses depois, estava aparentemente bem. A técnica de referência avaliava que “[...] depois dessa internação compulsória, ele voltou diferente, realmente, assim, voltou mais participativo, mais interessado, entendendo que ele tem que ter, tem que pensar no futuro dele. Ele veio muito com essa preocupação”. O relacionamento com a mãe não estava bom. Estava mais comunicativo e, talvez por isso, queixava-se cada vez mais do pai, que só conversava com ele quando estava bêbado. Passou a criticá-lo sistematicamente por isso. Não só ao pai, mas também o comportamento da mãe. Dizia que ambos não ligavam pras coisas. É preciso dizer que, por parte da equipe do CAPSi havia, em relação ao pai, a suspeita de que ele também fosse usuário de drogas, embora, não houvesse um relato muito preciso sobre isso.

Questionava também sua internação: “Todos os meus amigos fumam maconha. Só porque eu usava maconha e vendia pedra? Não justifica”! Disse-nos que gostava de ir ao CAPSi para conversar com a técnica de referência. Preocupava-se com as interações medicamentosas que podiam ter com a maconha, pois, mesmo emagrecido, fumava três cigarros por dia e não falava em parar.

Permaneceu vendendo drogas por um certo tempo, mas, segundo sua técnica de referência parecia que ele, “[...] foi entendendo, o sentido desse serviço (o CAPSi). Então, assim, hoje, ele já fez esse laço com o serviço.” Foi inserido nas medidas sócio – educativas e mostrou-se interessado em conversar sobre a possibilidade de se inscrever em alguns cursos profissionalizantes, como, mecânica e computação. Preocupava-se com o fato de estar a três anos fora da escola, e acreditava que teria dificuldades para aprender, algo amplamente discutido nos atendimentos com sua técnica de referência.

“Ele acha que tem muita dificuldade de aprendizagem, que ele é desconcentrado, que ele não consegue aprender. Mas o que a gente viu de relato assim, da coordenadora do curso técnico, é que ele é um menino inteligente, que ele não teve problemas de se relacionar com os colegas, nem com os professores, durante o tempo que foi, seis meses de curso e foi um menino que finalizou o curso com notas boas”.

Uma prima fez sua inscrição no curso de mecânica do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), a pedido de sua avó. Apesar de dizer que não tinha condições de passar, escolheu o curso e se colocou à prova, fez o exame e passou. Combinou com sua técnica de referência que iniciaria aulas de matemática. O problema de não ter a escolaridade necessária para iniciar o curso no SENAI foi resolvido pelas intervenções do CREAS. Ele teria que fazer os dois cursos simultaneamente. Foi neste momento do caso que conhecemos Willian.

Suas impressões iniciais acerca do serviço foram as mesmas por muito tempo: “Era do mesmo jeito, eu só via menino doido mesmo, só menino doido, não via gente normal nesse lugar, só menino com problema”. Mas esta impressão se modifica: “Agora a impressão é boa, né! A “X” (nome de sua técnica de referência) só ajuda. Eles aí só ajudam! Ué. [...] eu até venho, não falho, só no médico que eu não vou não!”. Acreditava que o CAPSi era um lugar que podia ajudar outros adolescentes usuários de drogas, como ocorreu com ele, mas que esta opinião era recente: “Bom, eu acho bom, agora! [...]”, quando era criança não. Willian dizia que o que lhe impedia de ir aos atendimentos era “[...] rua e droga. Ficava na rua e esquecia de vir, só isso mesmo. Esquecia de vir, ficava na rua. Agora não tenho dinheiro (risos), acabou. Não estou vendendo droga mais, eu ficava vendendo droga. Agora vou para o SENAI, trabalhar.” Mas a possibilidade de romper com o envolvimento com drogas e a abertura para uma relação com o saber inconsciente não se mantém por muito tempo.

Em julho de 2017, somos informados, por sua técnica de referência, que algum tempo depois de completar dezoito anos Willian foi transferido para o CAPS de adultos. Segundo foi informada pelo novo terapeuta que o atendeu, pouco tempo depois que chegou, abandonou o curso no SENAI no qual ia sempre acompanhado pelo avô, e foi preso por tráfico de drogas, situação que deixou sua avó muito sentida.

Algo da pulsão de morte parece se anunciar em um relato que sua terapeuta faz sobre um atendimento em que Willian falava sobre o pai e o avô, ambos coveiros. O avô dizia-lhe que se continuasse com a vida que estava levando acabaria tendo que abrir uma cova para ele com as próprias mãos. O cemitério era um lugar que Willian ia para fumar maconha.

2.5. O caso Jonas

Jonas foi o quinto e último adolescente entrevistado em nossa pesquisa. Fomos apresentados a ele por sua técnica de referência, que também coordenava o serviço. Morava em uma cidade vizinha a qual o CAPSi se situava. Foi encaminhado pela equipe do Programa de Saúde da Família e pelo Consultório na Rua de sua cidade, para o CAPSi onde passou a fazer seu tratamento, bem como na Unidade de Acolhimento¹⁶ infanto-juvenil. Tornou-se um caso paradigmático, em virtude do uso de cocaína e pelo fato de, após ter abandonado o tratamento, ter retornado ao serviço por vontade própria para retomá-lo. Uma particularidade que a técnica de referência ressaltou é que o caso era frequentemente discutido na equipe através de supervisões de orientação psicanalítica.

¹⁶ Este serviço foi apresentado no capítulo anterior.

Jonas não gostava de escola. “Eu ia pra escola só pra atentar, eu não queria ir pra escola pra estudar. Ia pra escola só pra jogar bomba na escola.” Segundo relatos do prontuário, começou a fazer uso de drogas por volta dos doze anos. Na entrevista, a primeira menção mais clara que faz a isso se refere a uma cena que chama sua atenção: “[...] as meninas usavam cocaína e maconha dentro da escola.” Por um período: “Eu levava cocaína pra escola pra desandar as meninas...” E foi ali mesmo que ele começou a usar drogas: “Eu comecei com os outros que usavam droga foi na escola”. Nesta época, usava droga todo fim de semana e ia “[...] pra uns balacos, uns pagodes. Tinha uns grupos e juntava as turmas”. Começa a traficar e levar revólver pra escola por volta dos quinze. “De vez em quando, eu passava do limite.” Sentia-se respeitado em seu bairro: “[...] quando eu saía pra traficar e ia de arma, eu ia mais pela amizade, pela consideração, entendeu? Lá no bairro eu sou considerado lá. No meu bairro ninguém fala alto comigo.”

Começa a se prostituir através de programas homossexuais. Apesar disso, dizia que gostava de mulheres e se irritava quando era questionado quanto a sua sexualidade. Traficar e fazer programas eram atividades que havia encontrado para garantir o uso da cocaína: “Quando eu comecei traficar, eu tinha a droga entendeu? Eu tinha a droga na hora que eu quisesse”. Ganhava muito dinheiro nesta época, mas gastava tudo rapidamente. “Quando eu comecei a usar droga comecei a gastar muito, muito, aí comecei a traficar também e fazer programas com *gays* pra eu ganhar mais dinheiro, entendeu?” Estava em um ritmo intenso, “cheirando droga, fumando e vendendo, e mulher, e o pau quebrando”!

Sobre o início dos programas homossexuais, dizia que os iniciou por influência dos amigos e da cocaína: “[...] tinha uns colegas meus que, tipo assim, eles viviam no tráfico e eu andava mais com pessoas que tem mais condição financeira... Eu andava mais com esses meninos entendeu? E eles namoravam *gays* por que os *gays* bancavam eles em tudo.” Mas, quando começou a usar drogas “[...] aí não teve jeito não. Um dia eu tava doidão lá e os caras me chamaram e eu disse: você é doido! E eles: Você está com medo? Vão bora![...]Se não tivesse a droga eu não fazia isso não.” Neste momento da entrevista disse que não gostava de se relacionar com outros homens: “[...] eu tinha nojo, eu não queria não, entendeu?” Mas, em outro momento, disse: “Tenho nojo, não.” E, conta, que no final de semana, havia ido pra casa e um cliente seu o procurou: “[...] é... ligou no telefone pra mim lá, mandou mensagem, me disse que me esperava, que era cliente meu. Eu disse: tô de boa.” Nesta época, ele estava alguns meses sem fazer uso regular de cocaína.

Apesar de terem uma vida modesta, Jonas teve moto aos quatorze anos, roupas, sapatos, tudo que queria: “Eu nunca fui de trabalhar, minha mãe sempre me sustentou,

[...]nunca deixou faltar nada.[...] Ela sempre me dava tudo, mas eu não tinha nada mais...”

Aos dezesseis anos passava dias fora de casa. Disse-nos que sua mãe o esperava para o almoço, para o jantar, para tomar café e quando, enfim, ele chegava em casa, não queria conversar com ninguém. Para a técnica de referência as primeiras impressões do caso ressaltavam a posição da mãe em relação ao comportamento do filho.

“Eu percebia a questão dessa mãe, de colocar limite no filho, dela se ausentar também como mãe. Eu fui percebendo isso. Esse filho que saía, passava a noite fora, mas e quando ele voltava? Ela enquanto mãe fazia o quê? Ela não fazia nada! Não dava conta de fazer.”

Jonas não tinha muito contato com o pai biológico. Foi criado por sua mãe que tinha um companheiro desde que ele era bem pequeno. Ela teve uma relação pontual com o pai de Jonas, que resultou em sua gravidez e no pedido dele para que fizesse um aborto, algo que ela se recusou. A partir daí, Jonas seria criado como sendo unicamente seu filho. O padrasto dizia que ela nunca o deixou “entrar” em sua educação. Quando estava de castigo, a mãe prometia na frente dele que Jonas ficaria um mês sem andar de moto, mas, em sua ausência, entregava-lhe a chave e lhe pedia para que não contasse ao padrasto. Na entrevista Jonas nos diz que, às vezes, se irritava com ela e dizia: “Você nunca me deu limites!”

Sua entrevista foi longa. Parecia que tudo para o jovem tinha que ser muito, inclusive falar. Estava com dezoito anos e sua história com o serviço começou quando tinha dezesseis. Procurou tratamento por duas ocasiões. A primeira foi por influência de sua mãe, e por perceber que o uso da cocaína o estava devastando. Dizia que “as coisas estavam desandadas”, mas não queria parar de usar drogas, apenas melhorar para poder continuar.

“Minha cabeça era assim: Eu queria usar droga, mas era de leve. Eu falei: Beleza mãe, então, vou internar. Aí quando ela ligou lá na clínica (em Brasília) a menina disse: tem uma clínica mais perto aí, em “X”, um serviço que é do SUS e era mais perto da minha casa, e ela (a mãe) podia me visitar e lá (em Brasília) se eu fosse pra lá, eu não podia sair, era só internado. Aí, falei: Melhor ainda! Vou poder continuar com meus corre, por que na minha cabeça eu não queria tratamento. Para ela eu estava querendo, mas queria ir só por ir, só, passar uns dias de férias, pra mim era só colônia de férias. [...] Eu queria só ficar bonitinho, gordinho, estava sequinho, os olhos tudo fundo, a boca preta, fumando maconha, isso aqui estava tudo fino (mostra o rosto) de tanto cheirar cocaína. Era no café da manhã, acordava cocaína, almoçava cocaína...”

Jonas nunca ouviu nada a respeito do CAPSi, assim como era limitado seu interesse por outros assuntos que não fosse droga: “Nunca tinha ouvido falar de nada, CAPS, CAPSi, saúde mental, nada disso! Só de clínica e de droga, eu não assistia televisão, não ouvia rádio. Só ficava fumando droga. Eu e a droga!”

No CAPSi Jonas gostou de saber que se ficasse internado na UAi poderia ir para casa aos finais de semana, já que queria continuar usando drogas e fazer os programas. Logo percebeu que ambos os serviços, CAPSi e UAi, trabalhavam em conjunto. Houve um episódio em que levou maconha para traficar dentro da UAi, mas disse que não tinha muita graça e parou. Para a técnica de referência, disse que foi influenciado pelos colegas. O modo com que a equipe do CAPSi o abordava interrogava Jonas: “Você fica aqui porque quer?”. Suas primeiras impressões sobre o serviço, em um primeiro momento, foram as seguintes: “Moça, eu achei massa! Filé! Conversar com os outros. Veio atrás de mim a psicóloga e disse: se seu caso for internação, nos finais de semana você pode sair. Opa! Tô precisando. Pode ir na escola. Eu estava procurando só ficar de boa”.

Nesta época, as coisas transcorreram como ele queria, até certo ponto. Engordou, se restabeleceu, continuou usando cocaína, maconha e continuou fazendo os programas. “Tinha uns seis veados que me procuravam direto, não faltava não. Às vezes eu nem queria ir. Eram Fixos, sempre ligavam, não faltavam nunca, estavam sempre ligando, *facebook*...” Então, alguns meses depois, Jonas decide abandonar o tratamento. Por cinco meses intensificou ainda mais o uso da cocaína e os efeitos disso foram ainda mais devastadores: “Fiquei pior do que eu entrei da última vez! Tipo assim, quando você se envolve você tem recaída, você volta pra caralho, véio! Você não quer parar mais... É uma desgraceira mesmo.”

Inicia aí o segundo momento de seu tratamento, que começa com uma posição radicalmente diferente da primeira: “Eu vim porque eu quis”. Estava ainda mais debilitado. Conta-nos que foi um período solitário em que ia para a rua apenas pra conseguir mais cocaína. Às vezes, usava em casa, no seu quarto, apesar de se incomodar com isso em virtude de seus irmãos. Concluiu que...

“não dava mais, nossa... Minha cabeça estava cheia, eu não aguentava mais essa vida de tanto usar droga, de tanto traficar, de tanta rapariga, eu escondia. Eu estava cansado e exausto de toda essa vida, de muita bagunça na cabeça, sem dormir, sem comer, eu estava exausto mesmo, de verdade, mas eu usava droga ainda, eu ia na esquina usar droga. [...] “Eu já estava pensando em suicídio já, de verdade, suicídio!”

Resolveu procurar o CAPSi. Saiu cedo de casa, pegou o ônibus e foi para a cidade em que fica o serviço. Para ele, este foi o verdadeiro início de seu tratamento: “Eu queria usar droga, mas não queria morrer, não!” Sua técnica de referência havia lhe dito que, caso resolvesse voltar, eles estariam ali. Ele se lembrou disso. Quando a mãe deu por sua falta, achou que ele tinha saído para usar drogas e se surpreendeu. Jonas não havia lhe contado porque teve medo que ela não acreditasse nele. Desta vez, segundo nos contou: “[...] estava

disposto mesmo, eu queria mesmo, queria mesmo, queria muito mesmo, uma coisa que você quer muito mesmo!” Acreditava que o serviço podia ajudar outros adolescentes usuários de drogas, mas, desde que quisessem ser ajudados.

“O tratamento aqui, nossa! Eles organizam a cabeça da gente demais, eles te colocam o certo das coisas [...]. Aqui não tem negócio de fugir não! Aqui você, se você falar que quer ir embora, eles abrem o portão e dizem é ali, pode ir... Você não precisa fugir, esse negócio de pular muro, não tem isso não, é só ir embora. Você fica aqui por que quer!”

Para ele, o essencial do tratamento se dava através das conversas, em especial, aquelas que tinha com sua técnica de referência: “Eles conversam, organizam a sua cabeça [...]. Acho que o tratamento tem que ser esse mesmo por que só depende da gente, não depende deles não! Eles estão aqui pra te ouvir, se você precisar...”. Mas, diferente de todos os outros casos, Jonas gostava dos medicamentos. Não se recusava a tomá-los, não se incomodava em utilizá-los. Ao contrário, parecia ter certeza de que precisava fazer uso deles.

“[...] Igual, hoje, se você tiver recaída o psiquiatra certamente vai dobrar entendeu? Igual, eu usava maconha, cocaína. Hoje eu tive atendimento com psiquiatra e tomei medicamento. Não dormia, minha vida era só rua, nem dormia. Aí, tipo assim, vai me dando diazepam, fluoxetina, antietanol... (Perguntamos o que era Antietanol) “Não tinha ouvido falar? Antietanol é pra álcool e pra diminuir a vontade de usar álcool e cocaína, que era meu vício. E se você usar droga tomando os remédios passa mal. É forte. É tipo uma droga entendeu? Ele (o remédio) está me satisfazendo. O que me satisfazia era a droga, agora ele está me satisfazendo, então é uma droga”.

Sua técnica de referência nos explica que, na condução do caso de Jonas, ela “[...] tentava responsabilizá-lo em todos os sentidos, a gente frisa muito isso aqui no atendimento singular, [...] responsabilizo exclusivamente ele pelos atos dele. Trabalhamos a autonomia dele, que ele possa decidir por ele”. Esta intervenção tentava fazer frente a posição da mãe que, ao contrário, decidia tudo por Jonas.

Quando o conhecemos, estava fazendo cursos profissionalizantes por intermédio da equipe do CAPSi. Contou de vários que já havia começado a fazer e depois parava, mas ressaltou um, o de contabilidade. Dizia gostar de computadores, mas não de trabalhar.

Como já estava com dezoito anos, sabia que, em algum momento, seria transferido para o serviço de adulto e se preocupava com as implicações trazidas por sua idade. Sua técnica de referência nota que “[...] ele sabe o que quer, mas não tem coragem. Está com medo. Agora que fez dezoito anos está com medo de nós o colocarmos para fora. Eu disse a ele: Não! Quem vai dizer é você. Quem está nos dizendo a direção é ele”.

Jonas ainda pensava em usar drogas, mas já se perguntava sobre como seria sua vida dali para frente. Receava voltar pra casa da mãe, por que lá “os caras iam achar que eu estava voltando pra guerra!” Ainda tinha também muita vontade de atirar com arma de fogo, dizia que era tão bom quanto usar droga, mas temia a pressão dos colegas de ter de voltar a traficar e não conseguir recusar: Um colega chegou a lhe dizer: “Você era bandidão! Parece crente da igreja agora, tá usando até óculos!”

Passa a falar do pai como uma possibilidade: “Eu penso em ir pra cidade dele ficar com meu pai (biólogo).” Sua técnica de referência o incentivava a procurar o pai para que pudesse buscar as respostas que precisava ter em relação a ele: “[...] o desafio maior foi [...] ele entender que ele também pode buscar o pai. [...] Agora está combinando de passar um final de semana com ele”.

Para Jonas o serviço parece ter cumprido a função de ajudá-lo a construir meios para lidar com sua falta de limites: “Se eu quiser usar droga você não vai me impedir, você não vai me dizer não usa não, isso não é bom pra você, o seu papel é pelo menos não incentivar a pessoa a usar total, você tem que pelo menos reduzir os danos da pessoa!”

Para as questões que suas dificuldades com os limites lhe colocavam, a palavra surge como um recurso privilegiado, já que, “conversar, isso organiza a cabeça da gente”, diz ele. O serviço tem papel importante nisso. Como diz sua técnica de referência: “Não existe uma receita, a gente aposta”.

Em julho e agosto de 2017, sua técnica de referência nos informa que Jonas já não estava mais em atendimento no serviço, mas que, ainda assim, a procurava de vez em quando. Da última vez, foi para “tentar se organizar de novo”, ele disse. Voltou a frequentar festas e usar maconha e cocaína. Estava morando com uma mulher e queria terminar com ela, mas não conseguia. Então, nesses momentos, dizia que sua fuga é usar drogas, “é desandar”.

A partir dos casos de Marcelo, Aline, Adriano, Willian e Jonas, observamos que cada um apresenta, em sua particularidade, formas distintas de dificuldades de adesão ao tratamento e que estas não dizem somente do abandono do tratamento, mas ensinam sobre o que subjaz a elas. Desta maneira, foram extraídos dos casos, quatro aspectos que pudessem ajudar a responder ao problema de pesquisa, dando origem às discussões dos capítulos seguintes. São eles: a especificidade das dificuldades de adesão ao tratamento dos jovens no contexto contemporâneo, a relação com o Outro parental e o encontro com o objeto droga, as particularidades da toxicomania e do uso de drogas em cada caso, e as ações de cuidado que estas dificuldades demandam ao trabalho no CAPSi.

3. DESINSERÇÃO: UM SINTOMA SOCIAL NA ADOLESCÊNCIA

Observamos, nos casos estudados, a presença da desinserção. Santos e Santiago (2011), Mrech e Rhame (2011), lembram que o termo pode ser encontrado em diferentes campos, mas Miller (2009) o adota, com ele estabelecendo uma clínica pragmática que investiga e intervém sobre os diversos fenômenos subjetivos de desconexão social de nossa época.

Clínica, segundo ele, necessária para ordenar e formalizar os fundamentos psicanalíticos da desinserção, de forma pragmática porque não se trata de propor tratamento, mas, de contribuir com a aplicação da psicanálise nas instituições, através do estudo e elucidação dos modos sintomáticos pelos quais as situações de desconexão social se apresentam no contemporâneo.

Uma primeira consideração já se faz necessária: para a psicanálise, “[...] o sujeito é sempre singular e sua inserção no laço social é sempre, mais ou menos, precária.” (SANTOS e SANTIAGO, 2011, p. 204) Como ressaltam os autores, todo movimento que supõe a homogeneização dos laços sociais e das subjetividades, mesmo aquelas reconhecidas pela condição de estarem excluídas, não encontra suporte pela psicanálise. Miller escreve (2008a) que, para a orientação lacaniana, há um modo de conceber o laço social que se distingue de outros campos. “Se Lacan começou a promover, em um determinado momento, o termo discurso e sua reflexão sobre o laço social, não se trata de sociologia e nem de história. O laço social é o termo que responde a relação sexual” (p. 167, tradução nossa)¹⁷. Em psicanálise, o laço social, considerado em sua precariedade para o sujeito da linguagem, implica na impossibilidade estrutural das relações e daí, a expressão lacaniana que afirma a inexistência da relação sexual. Este fato implica em um des-encontro constantemente tensionado, que marca as relações humanas estabelecidas na ordem simbólica. Isso explica porque a psicanálise só pode conceber a existência da relação sexual para os demais seres vivos, ou seja, aqueles que não são seres de linguagem. Deste modo, para outros campos do saber, sobretudo o biológico, é perfeitamente possível a existência da relação sexual e sua equivalência ao laço social, já que, neste caso, se trata da ideia do todo, da harmonia, da complementariedade. Por isso, ao considerar as dificuldades de adesão ao tratamento dos jovens da pesquisa, pelo viés da desinserção social, não estamos levando em conta uma busca

¹⁷ Si Lacan comenzó en un momento a promover el término discurso y su reflexión sobre el lazo social, no sí trata del la sociología por supuesto ni tampoco de la historia. El lazo social es el término que responde a la relación sexual.

pela adesão idealizada, mas, como já dissemos, pela compreensão das especificidades que particulariza este fenômeno para cada sujeito. Desta forma, o termo desinserção, acaba problematizando a noção de laço social.

Miller escreve que a clínica da desinserção é aquela que produz seus efeitos para fora do consultório, circulando e deslocando-se para diferentes contextos, territórios, instituições... Só é possível de ser pensada na medida em que a prática da psicanálise se desprende do que chamou de conceito fossilizado do enquadre, ou seja, aquele que se confunde com o modelo caricatural do consultório particular. Miller (2009) diz que no “[...] tema da des-inserção, é preciso pensar o tema do lugar, *la place*, o local. [...] O local de cada um em relação aos demais é muito importante” (p.8). Trata-se de refletir sobre o lugar da psicanálise em nosso tempo, no qual se observa uma pressão em relação a sua posição frente às questões sociais e políticas, específicas da época: “Não há uma fórmula em Freud e Lacan porque este não foi um problema da época deles. É um problema recente de nossos tempos”(MILLER, 2009, p. 9). Trata-se do desafio, “[...] apaixonante e que exige valentia” (p.9) para elaborar a posição firme da psicanálise desde seu interior, diante das questões que a convocam no contemporâneo.

Em psicanálise, o lugar de que se trata é o do Outro, lugar da palavra, da linguagem, da cultura e das determinações do sujeito, onde “[...] o social é radical, é a raiz.” (MILLER, 2009, p.6). O termo Outro, com “O” maiúsculo, foi cunhado por Lacan (1954/1985), logo no início de seu ensino, a partir do capítulo XIX de seu Seminário 2, e foi ganhando cada vez mais importância em toda sua obra. Trata-se de uma instância de alteridade que se distingue do outro com letra minúscula, o outro semelhante, no qual o sujeito se reconhece e se identifica a partir de um campo especular, imaginário, em que o eu é instaurado. Com o Outro com “O” maiúsculo, ao contrário, o sujeito possui uma relação bem mais anterior, ou melhor, fundante, pois, é antecipado por ela. “A natureza dos humanos está na linguagem. Quando nascemos, somos mergulhados nela, ou seja, no Outro. É por isso que o inconsciente é o discurso do Outro.” (informação verbal)¹⁸. Por isso, este Outro, como diz Miller (2009, p. 10), não é um outro qualquer. Ele se define por seu caráter simbólico e discursivo. No Seminário 9, “A identificação”, Lacan (1961-1962/2003) já dizia isso, quando afirmou que o sujeito do qual a psicanálise se ocupa, se constitui de uma experiência simbólica de discurso vivida no campo do Outro, experiência esta que o engendra em sua ex-sistência.

¹⁸ Palestra proferida por Mário Elkim Ramírez, Ordens de Ferro: Juventude e Criminalidade, FAE-UFMG Observatório da Juventude, Belo Horizonte, 21 de mar. 2016.

Este lugar supõe demarcar para o sujeito o desejo de inserção que “[...] é um desejo fundamental no ser falante [...]” (MILLER, 2009, p.6). Ocorre que, diferentemente do que fomos habituados a reconhecer na formação psicanalítica, através do sintoma histórico clássico, que implica a parceria com o sentido, porque supõe a presença do Outro, tal como observa Laurent (2013), há outros modos pelos quais os corpos falam no contemporâneo. O sujeito que, em outras épocas, situava em seu corpo modos circunscritos e entrecortados pelo gozo, dá lugar a corpos plenamente desinseridos, soltos, errantes... Há uma não adesão que se verifica entre as palavras e esses mesmos corpos, colocando em evidência um cenário em que o sujeito tende a prescindir do Outro através de movimentos que, como escreve Chiriaco (2009), podem se manifestar por rupturas extremas até formas discretas de errância subjetiva. Por consequência, o sintoma não veicula um sentido inconsciente já que, apartado da relação com o Outro, não pode interrogar o sujeito. Uma nova configuração da ordem simbólica se estabelece assim, não respondendo mais através do sentido inconsciente e sim, no corpo solitário e desinserido. (GONTIJO e SANTIAGO, 2012).

As dificuldades de adesão ao tratamento presentes nos casos nos fazem refletir sobre uma espécie de inserção às avessas, que coloca em questão contornos de uma realidade social e psíquica, lembrando que Miller (2008a) adverte que em psicanálise, “[...] não fazemos distinção entre a realidade psíquica e a realidade social. A realidade psíquica é a realidade social”. (p.10). Tal como considera, este é o segredo da psicanálise. Em Freud (1911/1996, p. 237) a realidade psíquica é o que nos permite “[...] a tarefa de investigar o desenvolvimento da relação dos neuróticos e da humanidade em geral com a realidade e, desta maneira, de trazer a significação psicológica do mundo externo e real para a estrutura de nossas teorias”. Resulta nas limitações impostas pelo chamado princípio da realidade, operação lógica que faz fracassar o princípio do prazer, programa que Freud (1930/1996) atribui à civilização e que, por sua vez, constitui o mecanismo dos processos inconscientes. Esta operação é também a que leva o sujeito a produzir seus próprios meios para regular os efeitos desta perda, a exemplo da relação com a fantasia, a produção de sintomas, a inibição, as adições... Também temos aí aquilo que a originalidade freudiana inscreve através da égide de um campo pulsional que traz a marca da experiência subjetiva que inaugura. O papel desempenhado pelas pulsões terá aí lugar fundamental, sobretudo quando incide sobre a pulsão silenciosa, auto destruidora e desconectiva que Freud (1919/1996) nomeou como pulsão de morte.

Ramírez (2007) se dedica a refletir sobre as novas envolturas formais dos sintomas contemporâneos no âmbito coletivo e propõe analisar, naquilo que é possível elucidar com o uso dos conceitos psicanalíticos e de seu método, alguns dos fenômenos que tem interrogado

o campo das ciências sociais. Ao aborda-los, apresenta-os como novas formas de sintoma social, através do desencadeamento da pulsão de morte pela via da violência, do uso de drogas, do suicídio, da solidão.

Estas formalizações nos levaram a considerar as dificuldades de adesão ao tratamento dos adolescentes usuários de drogas, como um sintoma social, por revelar os jovens da pesquisa como sujeitos desinseridos. Estas dificuldades pareciam indicar a presença de um real em curso. Mrech e Rahme (2011, p.1) comentam que o desinserido revela um sintoma social, justamente por fazer vacilar os pressupostos hegemônicos compartilhados pela maioria, possibilitando a emergência de novas formas de se haver com o laço social, a saber, desconectando-se dos significantes mestres “[...] que regem a contemporaneidade”. É uma forma de se inserir a partir do seu sintoma, ou seja, de sua condição de sujeito “[...] ficando à margem do funcionamento social” (2011, p.1). As autoras observam também que uma destas maneiras pode ser encontrada, justamente, nas dificuldades de aderência à lógica civilizatória homogeneizante expressa, por exemplo, pela recusa em ingressar em serviços ou instituições vinculados à gestão social, como os CAPSi, nesta pesquisa.

Vorcaro (2004) reflete sobre o termo sintoma social desmembrando sua expressão. A respeito do sintoma a autora associa o pensamento freudiano e o lacaniano para dizer que nele há uma implicação inconsciente do sujeito, signo do recalque. O que supõe uma metáfora de conflitos psíquicos, modalidade singular de funcionamento gozoso do sujeito. Para o termo social ressalta que, em psicanálise, ele possui um contorno impreciso, mas que pode ser tomado como “[...] aquilo que dá universalidade aos sujeitos, ou seja, o mal-estar, a dor de existir que é comum a todos os que se constituem sujeitos” (2004, p.1). O que propõe para o termo sintoma social se assenta, a exemplo de outros autores, nos limites impostos pela civilização que submetem o sujeito a uma insatisfação fundamental, sendo assim, “[...] um campo do particular, entre o universal do mal-estar e o singular do sintoma subjetivo: metáfora partilhada por um grupo do mal-estar, por meio de uma modalidade de gozo inscrita, submetida e provocada pelo discurso dominante de uma época.” (2004, p.1)

Os sintomas sociais possuem um ordenamento lógico e particular para os modos do sujeito “desfrutar a vida” (VORCARO, 2004, p.1), que se definem pela invenção de novos contornos sociais, que geram uma relação também particular com o saber, mantendo neste “desfrute”, um ponto de gozo. O sintoma do sujeito nasce, assim, de um imaginário popular que, como tal, é da ordem do universal, mas, o sujeito responde construindo e inventando o seu próprio sintoma.

Também segundo o que escreve Ramírez (2007), o sintoma social, permite compreender as especificidades da sociedade de cada época, já que denota o que não funciona na tessitura dos laços sociais. No contemporâneo, escrevem Santos e Santiago (2011), a queda dos ideais vitorianos que engendraram o recalque das pulsões sexuais pela via de uma moral civilizatória, instiga a exaltação dos objetos de consumo que levam ao imperativo do gozo. O projeto contemporâneo de felicidade se ordena na satisfação do indivíduo, em detrimento do preço que se paga pelo ideal das relações sociais. Frente às clássicas fontes de sofrimento do homem, descritas por Freud (1930/1996), sobretudo aquela que passa pela relação com seus semelhantes, o acesso direto ao gozo, como forma de satisfação, se torna vigorosamente fácil em nosso tempo, sendo facilitado, sobretudo pelo objeto droga. Como diz Jonas: “Se você quiser ter droga você vai achar, você vai achar! Se você tiver no meio dos infernos, se você quiser achar droga, você vai achar... É muito fácil”.

Os casos da pesquisa aí se inserem e evidenciam algo que resulta das relações do sujeito adolescente com a ordem social contemporânea, marcada pelo sistema capitalista. A própria adolescência, tal como a conhecemos em nossos dias e verificamos em trabalhos clássicos, tais como do historiador francês Ariés (1981), é uma construção da modernidade que vai se instaurando, como um dos produtos desta ordem social. A psicanálise se posiciona frente a este cenário e, como escreve Ferrari (2004), não ignora os fatos, nem o cotidiano da cultura e nem generaliza o capitalismo como o fim dos tempos, mas, sinaliza para as condições de mal-estar inerentes a estas circunstâncias, se interessando pelo modo com que elas incidem sobre as respostas do sujeito.

Neste contexto, não é surpreendente reconhecer que, em plena era da conectividade tecnológica e da interatividade que as redes sociais promovem e espalham sem fronteiras, cada vez mais, os adolescentes dão mostras de movimentos avessos ao laço social. A desinserção que os casos da pesquisa se encontram, até pode reafirmar a noção que se tem do adolescente como um sujeito desligado e desvinculado, mas também, nos leva a refletir sobre outros aspectos que a contemporaneidade põe em relevo. Ao comentar sobre um livro do psicólogo e jornalista Robert Epstein, Miller ressalta que as ideias deste autor destacam que na contemporaneidade “[...] fazemos os adolescentes viverem entre eles, isolados dos adultos e numa cultura que lhes é própria, em que eles tomam uns aos outros como modelo” (2016, p.1), pensando “modelo” como uma noção própria da psicologia. Deste modo, Miller quer demonstrar, através do modo que concebemos a adolescência, que de fato ela é uma construção assim como tantos autores já o afirmou. Mas, além disso, ele demonstra também que, na contemporaneidade tudo que é construído, também está facilmente passível de ser

desconstruído e isso, faz da adolescência e seus modos de expressão empreendidos pelo sujeito, um sintoma do contemporâneo.

Deste modo, nos cinco casos estudados são encontradas cinco formas de desinserção. O primeiro é o caso de um jovem que é intruso na família que o criou e que não encontra lugar onde quer que esteja; no segundo, a jovem tem uma história marcada por relações familiares radicalmente desconectadas e por longa errância nas ruas; o terceiro jovem se envolve com roubos e uso de arma de fogo, após vacilarem suas coordenadas edípicas; o quarto é um jovem que encontra, no tráfico, um modo desligado e desinteressado de se manter na vida; e o quinto, é um jovem cujas dificuldades com seus próprios limites o levam a uma devastadora ruptura com o laço social. Mediados pela presença do objeto droga, estes modos de desinserção se refletem na relação dos jovens com os serviços de saúde mental, através das dificuldades de adesão ao tratamento que apresentam.

Tal como afirma Conca (2009), e se constata nesta pesquisa, a droga é um dos objetos bastante específicos que, no contemporâneo, se prestam à desinserção. A autora observa que a maioria das pessoas que consomem tais substâncias começa a fazê-lo na puberdade, a partir de finalidades diversas, e a desinserção, de início, não se configura como uma delas. Os motivos mais comuns são a busca por um acesso rápido à satisfação, o equilíbrio do mal estar que se produz no encontro com o outro, a identificação com seus pares grupais, a curiosidade, a diversão, entre outros... O próprio Freud (1930/1996) já dizia que as substâncias intoxicantes são usadas pelos homens por seus efeitos de torná-los inacessíveis ao mal estar do qual estão submetidos. Nesse sentido, em um primeiro momento, a droga não é um veneno e sim um *pharmacón* para a dor de existir (SANTIAGO, 2001). Este caráter paradoxal do objeto droga é destacado por Conca (2009), ao dizer que ela se presta tanto à inserção quanto à desinserção.

A desinserção, mediada pelo objeto droga, surge em um segundo momento, encobrindo o impossível da relação sexual para os seres falantes, o que é extremamente emblemático na puberdade, e favorecendo o acesso a um gozo que não passa pelo corpo do Outro. Assim, a satisfação e o prazer, vivenciado em um primeiro momento, e que pode até ser facilitador do encontro com o outro, pode facilmente dar lugar à solidão e ao isolamento. Nos casos, a desinserção, se verifica nos jovens na relação com a família, a rua, a escola e o CAPSi. Para Conca (2009), devemos estar atentos para o momento em que se dá a virada na modalidade de uso, pois, é aí que se verifica de que modo a droga conduz o sujeito à desinserção. Esta observação nos pareceu preciosa para o problema de pesquisa.

As dificuldades de adesão ao tratamento no serviço de saúde mental se revelaram através dos atrasos, das infrequências, dos abandonos de tratamento, das tentativas de fuga, dos afastamentos por períodos indeterminados, dos esquecimentos de tratamentos ocorridos em outros períodos, do esquecimento de ter sido atendido por certos profissionais, da resistência em ser trazido ao serviço, ou em fazer uso da medicação. É assim que elas foram se apresentando no cotidiano do tratamento de cada caso. Estas relações comportam ambiguidades e ambivalências, já que, implicam na desinserção, mas também parecem apresentar tentativas de inserção, possíveis de serem sustentadas em alguns momentos, em alguns casos, e não em outros.

Estas ambivalências podem ser observadas de variadas maneiras, tal como relata Aline em relação ao serviço de saúde mental: “Eu vou, mas eu volto.” Esta foi a resposta dada por ela ao perguntarmos por que estava sempre querendo ir embora do serviço. Sua resposta nos interrogou desde o início. Após cinco anos de errância e de abandono nas ruas, começa a estabelecer uma relação com o serviço que não se reduzia a ir embora para sempre, a abandonar o tratamento. Sempre que se restabelecia no serviço da compulsão do uso de crack, voltava para a rua para fumar e transar. Mas, quando se via devastada por esta compulsão, voltava ao serviço. Já com Marcelo, ao contrário, apesar dos esforços de sua técnica de referência em mantê-lo vinculado ao serviço, ele nunca mais quis retornar e se lança na rua e no uso de drogas. Willian passa vários anos frequentando o serviço, embora, desvinculado dele. Isso só se modifica quando elege uma técnica de referência. Entretanto, o modo como esse vínculo se desfaz coincide com o abandono do jovem ao tratamento e sua volta ao tráfico de drogas. Jonas situa um momento de abandono do tratamento, e outro em que se diz inteiramente vinculado a ele, apesar das muitas dificuldades que encontra para se manter inserido no laço social pelo uso da cocaína. A trajetória de Adriano parece responder por uma posição diferente. Sua dificuldade em aderir ao tratamento não tem na droga um lugar central, o que não dá lugar a uma ruptura social que se prolonga de modo indefinido. Para este caso a droga parece ter tido uma função circunscrita a um período pontual de sua vida.

Não é por acaso que Adriano é o único jovem em que se verifica a presença das relações amorosas. O modo com que faz uso da droga não o impede de se confrontar com o real do sexo que remete os sujeitos à proposição lacaniana da não relação sexual. O jovem tinha uma namorada antes de ser encaminhado ao serviço de saúde mental, mas termina o namoro porque um amigo havia se interessado por ela. Queria saber se ela não ia visita-lo e desejava emagrecer com interesse que outras garotas se interessassem por ele. Em alguns momentos do tratamento faz alusão, mesmo que de modo pontual, a algo da ordem do sexual

que está em causa no momento pubertário em que vive. Queria que o serviço de saúde mental tivesse “pornografia” e dizia que cada etapa da vida é diferente “criança, adulto, velho, é diferente!” A rigor, como escreve Laurent...

“[...] há algo que separa a criança da pessoa maior; seguramente não é a idade; seguramente não é o desenvolvimento nem tão pouco a puberdade. No fundo o que separa a criança da pessoa maior é a ética que cada um faz de seu gozo. A grande pessoa é aquela que se faz responsável por seu gozo”. (2003, p. 41)

Nesse sentido, Adriano é o único jovem da pesquisa que parece conseguir atravessar o túnel da puberdade que leva o sujeito da infância à vida adulta, como escreve Freud (1905/1996), sem prescindir do Outro. Passado o tratamento, ele se une a uma companheira e estabelece um importante laço social, o trabalho.

Nos demais casos, não se observa nenhum relato neste sentido e para eles, nitidamente, alguns obstáculos mediados pelo uso da droga se estabelecem de forma mais evidente à não relação sexual. Para estes casos, o saber inconsciente se mostra inacessível. No Seminário 20, Lacan (1972/1985) é claro ao dizer que o laço social só se estabelece quando se institui o saber, S2. Esse saber ao qual se refere não se equivale ao conhecimento, mas ao que não se sabe, ao saber inconsciente. Se o acesso a esse saber está impedido ao sujeito, por consequência, ele também estará impedido de seu desejo, posto que este caminho passa inequivocamente pelo Outro. O gozo implica apenas o sujeito e seu corpo, mas o desejo implica o sujeito ao Outro. Quando a relação com o Outro deixa de ser uma via preferencial para o sujeito, como pode ocorrer na presença da droga, outra relação com o saber se estabelece, não sendo mais com o saber do inconsciente. Esta via se revela através do que diz Lacan (1968-1969/2008) acerca de que em “nosso mundo político” o saber passa a ter um valor de mercadoria que vale por seu valor de uso. A consequência disto nos é dada por Lima (2009), quando escreve que no contemporâneo, a verdade é veiculada como sendo capaz de ser “toda dita” o que não provoca a abertura que o saber do inconsciente veicula.

Deste modo, voltando às considerações de Conca, o imperativo da suspensão do uso de drogas que se faz presente em muitas instituições, trás um aspecto problemático do ponto de vista clínico, tendo em vista que, para alguns, isso poderia conduzi-los ao pior. Conduzir ao pior aqui é reproduzir, no interior das instituições, experiências que impulsionem novos modos de desconexão social no âmbito do próprio tratamento. A autora defende que é preciso descobrir no um a um de cada caso, a função do consumo de drogas para o sujeito tendo “[...] em conta quais soluções pessoais cada um pode encontrar para descobrir sua forma particular

de vincular-se ao Outro social (CONCA, 2009, p. 76-77, tradução nossa)¹⁹.”

Santos e Santiago (2011, p. 3) também ressaltam o equívoco das políticas que não reconhecem “[...] o fracasso escolar, a [des]responsabilização subjetiva, o desemprego, a pobreza, a desestruturação familiar, a adição às drogas e ao álcool, além do isolamento na loucura”, como sintomas sociais que suportam o mal estar no sujeito contemporâneo. Não são raros os equipamentos sociais que assumem a função de cuidar e tratar de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, e que o fazem assumindo outros imperativos, a exemplo da abstinência. Da mesma forma, nesta perspectiva, estes tratamentos produzem novos efeitos de desinserção, na medida em que reduzem suas ações a encontrar meios de tirar do sujeito seu gozo. Constituem-se em serviços que tomam seu mandato social na vertente da gestão do gozo e de seus desvios, expressão usada por Tízio (1994), para abordar as políticas de ação social colocadas a serviço de uma coletividade que, na busca pela prevenção dos riscos possíveis da perda de vínculos, promove no sujeito, a identificação a um traço que passa a defini-lo.

Se os adolescentes da pesquisa possuem como ponto em comum o fato de apresentarem suas desinserções como sintomas sociais de sua época, esta suposta universalidade responde, na verdade, pelo modo com que cada um se sustenta na ordem social. Parece coerente, que um tratamento que considere esta particularidade, possa contribuir para a não reprodução de experiências desconectivas.

3.1. Cartografias dos sujeitos desinseridos

Se a relação do sujeito com o Outro supõe um lugar específico, devemos considerar como podemos delimitá-lo, já que, no âmbito da atenção psicossocial este lugar é conhecido como território psicossocial e refletir sobre ele pode contribuir para a compreensão das dificuldades de adesão ao tratamento dos jovens da pesquisa. Tentaremos aqui estabelecer uma leitura psicanalítica acerca deste lugar.

Nas sociedades que se desenvolveram a partir da modernidade supõe-se que a casa, a família, a escola e as instituições, são espaços protegidos e circunscritos para a infância e a adolescência. Contudo, a infância e a adolescência denotam a existência de certos paradoxos em relação a esses mesmos lugares que acabaram se revelando desprotegidos em muitos sentidos e de variadas formas, sendo isso decisivo para que um outro lugar surgisse como um

¹⁹ [...] y tener en cuenta qué soluciones personales puede encontrar cada uno para hallar su forma particular de vincularse al Otro social.

território susceptível a desinserção, a rua. Não se trata aqui, de reduzir a formalização milleriana da desinserção a experiências *standard* de exclusão social, mas sim, de considerar que, nos casos da pesquisa, esta dimensão da exclusão se apresenta de modo singular para cada jovem. Contornos ainda mais emblemáticos surgem aí, na presença do uso de drogas.

Estudos de autores como Ariés (1981) e Badinter (1985; 2011), foram emblemáticos para demonstrar que ao longo da modernidade, a casa e a família tiveram funções bastante específicas no que se refere a ideais burgueses e capitalistas. A proteção que estava em causa, em muitos aspectos, era a da propriedade privada. O mito do “amor materno”, como a expressão indica, se revela uma construção que, na modernidade se colocou a serviço destes valores, determinando um lugar social para a mulher e encobrindo o fato de que a maternidade, nem sempre, engendra seu desejo. Por outro lado, o pai provedor, representante da lei e da moral nos modelos hegemônicos de família, se revela, contemporaneamente, destituído deste lugar idealizado. Por outra via, ele próprio se mostra, em muitos casos, terrificante e ameaçador. E, por fim, a fraternidade dos irmãos, tal como aquela postulada por Freud (1913/1996) para a origem da civilização, se mostra nem tão fraterna assim, tendo em vista os valores individualistas que abala a comunidade dos homens. As instituições destinadas ao cuidado ou, a tutela, de crianças e adolescentes, surgem como ficções sociais criadas para fazer suplência ou, complementar aquilo que falha ou “escapa” à função da família. Na verdade, elas também se revelam reprodutoras dos ideais morais e disciplinares que operam práticas segregativas e elitistas. A relação dos jovens da pesquisa com a escola também é emblemática para a desinserção. Desde a modernidade, a escola é o lugar reservado pelas sociedades para a construção do saber. “Lugar de criança é na escola”, é expressão que reflete importante ideal moderno. Consequentemente, o jovem que não se encontra neste *locus* está, do ponto de vista social, em um não lugar.

Para os sujeitos da pesquisa a escola, a família e o serviço de saúde mental, aparecem como não lugares em muitas situações. É possível observar relações ambíguas no que se refere à desinserção e à inserção, mas, de modo geral, há significativas experiências com alguma ruptura social. Quando Aline deixa a escola, por volta dos doze anos, este momento coincide com os abusos sexuais que vinha sofrendo, praticados pelo irmão. Não foi só da escola que ela saiu, mas também de casa, culminando em sua errância solitária pelas ruas, mediada pelo uso do crack. Não nos pareceu irrelevante a jovem nos dizer que o lugar onde morava era “invadido” e que morar sozinha é muito ruim. Para quem não tem lugar para o Outro, a solidão e a condição de morar em um lugar invadido não podem ser meras contingências. Ainda assim, ela mesma fez questão de nos dizer na entrevista que queria

voltar a estudar, o que ocorre, alguns anos depois, por intervenção do serviço de saúde mental. Sua técnica de referência, bem como a equipe, já observavam seu gosto pela leitura, que se expressava nos momentos em que era vista lendo algum material literário nos espaços do serviço. Marcelo também dizia ter vontade de voltar para a escola, mas não conseguia estar neste lugar e nem em nenhum outro. Segundo a técnica de referência, a mãe adotiva “[...] dizia pra gente o tempo todo: Ele está bem, está até querendo voltar para a escola, e eu vou matricular ele na escola!” De fato, a mãe fazia isso. Marcelo ia algumas vezes, mas, o único lugar que parecia caber era a rua. Adriano, também não conseguia permanecer na escola, abandonou literalmente os estudos. Durante o uso de drogas, a rua foi o palco onde se envolveu com atos infracionais. Apesar disso, conseguia se manter no trabalho que, não por acaso, se configurou em um importante modo de laço social contribuindo, mais tarde, para prescindir do uso da droga. Jonas, não gostava da escola. “Nunca tive compromisso com a escola, eu parei com a escola. [...] Eu ia pra escola só pra atentar. Eu não queria ir pra escola, não, pra estudar.” Apesar disso, se a escola não era lugar para ele, a desejava para seu irmão. Contou-nos que “[...] desandava a molecada de doze anos, primo, pondo no tráfico... Só meu irmão que eu não deixei entrar. Meu primo sim, mas meu irmão não deixei entrar, não. Você vai estudar!” Interessante, foi notar que em determinado momento de seu tratamento Jonas aceita voltar a estudar e sua escolha recaí sobre o curso de contabilidade. Fazer contas, administrar o que ganhava com o uso e a venda da cocaína era algo que lhe trazia inúmeras dificuldades, e que, obviamente, refletia sobre sua questão com os limites. “[...] Ganhava demais! Negócio de cabeça, negócio de fazer conta de droga... fazia conta de cabeça! Ô moça, eu sou ruim demais, sou ruim demais com esse negócio de droga...!” Mas, durante os períodos mais críticos do uso da cocaína, a rua esteve presente, seja para busca-la, seja para vende-la, ou mesmo, para fazer programas sexuais. E, por fim, com Willian, o habitual desinteresse manifestado na escola e no tratamento de saúde mental, era o mesmo desinteresse que tinha pela vida. Uma mudança nesta posição subjetiva lhe permite se submeter a um processo seletivo para ingressar em um curso profissionalizante, ser aprovado e ser bem avaliado por professores e colegas. Apesar disso, abandona este curso e volta para a rua, volta para o uso e tráfico de drogas, ofício de sua mãe.

A rua, que até as sociedades medievais, recebia os modos de organização social que valorizavam o espaço público e a vida coletivizada (ARIÉS, 1981), não é a mesma para a qual os jovens da pesquisa se dirigiam quando não vinham ao tratamento. Como afirma Willian, os motivos para não ir ao serviço eram: “[...] rua e droga. Ficava na rua e esquecia de vir, só isso mesmo. Esquecia de vir, ficava na rua”. A relação, rua e droga, parece surgir a serviço da

manutenção da desinserção. “Um vazio sem borda” é a expressão usada por Ferreira (2001, p. 27) para se referir às relações paradoxais que meninos e meninas estabelecem com a rua. Território que recebe tudo e todos que estão à margem, a rua possui um forte simbolismo quanto àquilo que a demarca como um lugar de fora. “Limpamos a casa e sujamos a rua sem nenhuma cerimônia” (p.30), comenta a autora. Na rua, todos são anônimos e “desgarrados” (p.30), o que implica dizer que a permanência nela não é por acaso. Implica em rupturas: “Rupturas drásticas com a família, a escola, a comunidade de origem e, muitas vezes, com a série de instituições e Programas de Assistência” (p. 35). A rua se constitui como um lugar, ou seja, um território que tende a prescindir do Outro.

Pensar a rua como um território do sujeito é algo que implica um princípio caro à política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes, ou seja, o território psicossocial. Neste sentido, podemos encontrar um diálogo também valioso entre a atenção psicossocial e uma importante vertente da geografia, que encontra nas ideias de Milton Santos, geógrafo e pensador brasileiro da segunda metade do século XX, uma interessante ressonância. Buscaremos, com o cuidado que a obra deste autor merece, estabelecer um recorte e rastrear alguns pontos relevantes para a pesquisa, relativos ao conceito de território. As contribuições teóricas de Santos (1994; 2005) abordam discussões que alcança dimensões macrossociais. Nelas, o conceito de território também ultrapassa noções reducionistas de espaço geográfico, sendo impossível ser pensado sem a dimensão humana. Trata-se de uma concepção política, histórica e social presente já nos momentos iniciais de sua obra, mas que, no início dos anos de 1990 ele retoma para teorizar criticamente sobre os impactos da globalização no espaço geográfico. Para o autor, o território ultrapassa o espaço delimitado pela ação do Estado, para ser circunscrito e transformado pela ação do Mercado. É uma noção dinâmica e mutável que se constitui por lugares contíguos e redes que, esquadrihadas pelos interesses hegemônicos sociais, e pelo uso que se faz destes espaços, dão origem a lugares de alguns e não de outros: “O que ele (o território) tem de permanente é ser nosso quadro de vida.” (SANTOS, 2005, p. 255).

A visada trazida pelo autor nos pareceu fundamental para que o enquadramento de vida que nos é dado pelos jovens da pesquisa, através da ocupação, do pertencimento ou, mesmo da circulação em certos territórios, possa ser útil a nossa reflexão acerca dos paradoxos aí implicados de inserção e desinserção no mundo contemporâneo. A perspectiva social, política e geográfica, trazida pelo autor, põe em evidência a relação entre o território, o indivíduo e a sociedade, alertando para o fato de que, a não compreensão desta lógica implica no “[...] risco da perda do sentido da existência individual e coletiva” (2005, p.255).

Marcelo, como conta sua técnica de referência, estava “[...] ali no meio de uma região onde tem uma briga de, uma disputa mesmo de pontos de tráfico, forte. Marcelo tem muito acesso a isso, não sei até que ponto a família não está envolvida nisso.” Esse era seu território. Na verdade, ao longo da pesquisa, não foi muito difícil reconhecer este espaço para ele e os demais jovens entrevistados. Geralmente, este traçado se reduzia, em alguns casos, a uma delimitação muito simples que se estabelecia entre a casa, a rua e o serviço de saúde mental. Para outro jovem, o traçado circunscrevia apenas a rua e ao serviço, para outro, a casa e a rua. E, em certos momentos, para alguns deles, apenas a rua. No caso específico de Marcelo, o serviço parecia não encontrar lugar neste território, o que leva a técnica de referência tentar estabelecer atendimentos em sua casa e ainda assim, encontra dificuldades: “Algumas vezes as intervenções só eram possíveis de serem feitas em casa, e mesmo em casa era assim, ele escapulia e a gente tinha que fazer o atendimento via mãe, via pai”.

No território, enquanto um enquadramento de vida, como escreve Santos (2005), o sujeito desinserido sustenta sua própria desinserção, mas também, demonstra o esquadramento do território social, que demarca o pertencimento de alguns e o não pertencimento de outros na ordem social. O jovem Jonas nos permite considerar, pelo viés da psicanálise, uma forma de demarcar o território dos sujeitos desinseridos através dos modos de gozo do sujeito. Em suas palavras ele nos explica o seguinte:

“Igual, não tem pessoas que bebem socialmente? Por exemplo, que não frequentam bares, botecos, essas coisas, mas, frequentam churrascaria, que bebe em churrascaria, essas coisas? Isso que é beber socialmente! Tem gente que é alcóolatra, eles não frequentam churrascaria, você pode ver. Os alcóolatas não frequentam churrascaria.”

No âmbito da atenção psicossocial, compreender a lógica pela qual cada sujeito estabelece suas relações no território, nos leva a considerar, como escreve Delgado (2007) que a noção de território exige diálogo com os atores que o compõem, a partir de cada caso, mas também com algumas tradições teóricas, a saber, a psiquiatria e a psicanálise.

Não temos em psicanálise uma noção de território. Nossa leitura acerca da relação entre os sujeitos e seus territórios, nos quais circulam, habitam, distanciam-se, excluem-se ou são deles excluídos, se baliza, como já dissemos, por uma realidade cuja causalidade é psíquica e por um lugar que conhecemos como sendo o Outro (LACAN, 1963/2005). A especificidade discursiva da visada psicanalítica jamais impediu o diálogo com o campo da atenção psicossocial, como se pode verificar nos inúmeros estudos publicados e sustentados por esta interface.

Se, do ponto de vista geográfico, a cartografia é uma técnica que estuda o traçado das cartas e dos espaços geográficos, a gramática, como escreve Miller (2001) é a cartografia da programação linguística “[...] que se elabora da língua [...]” (2001, p.36), ou seja, responde por questões normativas da língua, mas escapa à lógica significante da linguagem. A noção de sujeito presente na política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes, supõe a sustentação de uma prática a partir da singularidade do caso, por isso, a noção de território precisa ir além de referências duras ou, meramente empíricas.

Se considerarmos que é possível pensar em uma cartografia do sujeito desinserido, ela precisaria subverter a própria lógica do termo. Para a psicanálise a concepção de território pede uma cartografia que faça caber a causalidade psíquica que move o sujeito em relação aos laços que estabelece com seus objetos, bem como com aquilo que o leva a se desvincular deles. Nesta perspectiva, uma cartografia do sujeito supõe a demarcação de um território singular cujo enquadre é estabelecido por uma relação discursiva em que o sentido e sua falta estruturante, encontram lugar na relação com o Outro. Nesse sentido, na gramática da escrita dos casos, nos deparamos com um cenário específico: saltava das páginas um sentido que parecia se des-fazer nas relações do sujeito com o Outro. Des-conexão, des-amparo, des-interesse, des-andar, des-ligado, des-comprometido, des-concentrado, des-concordo, desconhecidos, des-organizado, des-confiado, des-encadeamento, des-atento, des-ruptivo, des-entende, des-cobre, des-graceira, des-cansar. Estas palavras e suas expressões, para citar algumas delas, se repetiam nos casos de modo a ultrapassar a cartografia da gramática, para assim, nos remeter a cartografia de sujeitos desinseridos.

Sabemos, através de Lacan (1960/1998) que, mesmo sendo possível nomear o Outro de diferentes formas como, Outro social, parental ou institucional, não há Outro do Outro. Ele é o lugar do significante, sendo isso o que estabelece uma relação discursiva com o sujeito. O campo subjetivo e discursivo que surge como terreno específico, palco onde os sujeitos protagonizam suas dificuldades de adesão ao tratamento, nos parece se constituir a partir de um modo de relação que Lacan (1959-1960/2008) chamou de extimidade.

Devemos a Seganfredo e Chatelard (2014), o caminho que optamos percorrer na trajetória desta elaboração, em Lacan, para chegarmos à problemática a que ela nos convoca nesta pesquisa. O termo é um neologismo proposto no Seminário 7, “A Ética da Psicanálise”, no qual Lacan propõe uma exterioridade íntima, uma extimidade. A primeira vez que utilizou o termo, comentava sobre as pinturas pré-históricas, feitas no interior das cavernas, espaços ocultos, buracos que ofereciam verdadeiros obstáculos ao acesso e à visualização, já que possuíam pouca iluminação. Ele se espanta por ter sido justamente estes, os lugares

escolhidos pelos homens primitivos como local de suas expressões.

Lugares afastados, obscuros, com pouco acesso à visualização, pouco iluminados, lugares ermos, buracos, por que não dizer, também são adjetivos que servem à descrição de lugares tal como os que Aline costumava ficar para usar crack e fazer programas sexuais. Com a noção de extimidade proposta por Lacan, acreditamos que não seria inadequado chamá-los de lugares extimos, já que, como tais, permitem particularizar a desinserção do sujeito no âmbito de sua realidade psíquica. Do ponto de vista topológico, Lacan (1961-1962/2003) demonstra com a figura do toro que a relação do sujeito com o Outro articula dois espaços, interior e exterior que, na verdade, são os mesmos. “O sujeito, a partir disso, constrói seu espaço exterior sobre o modelo da irredutibilidade de seu espaço interior.” (p. 202).

Segundo comenta Miller (2009), a radicalidade pela qual o social recai sobre o ser falante, decorre da incidência do Outro para o sujeito, sendo deste modo o que nos permite equivaler o Outro àquilo que se entende como social.

Neste ponto, aquilo que os sujeitos da pesquisa revelam é que se encontram em dificuldades com o Outro. O lugar que lhes cabe aí é desamparador e vacilante. Poderíamos até perguntar se, para alguns destes jovens, haveria lugar para eles, tendo em vista que, em alguns casos, parecem não contar, ou, não fazer diferença para o Outro. Somos assim levados a refletir sobre os modos pelos quais o Outro se apresenta no contemporâneo.

3.2. Destituições simbólicas do Outro, no contemporâneo

Até aqui, nossas considerações acerca da desinserção ressaltaram a instância do Outro como um lugar e um campo em que se estabelecem relações de extimidade com o sujeito. Fizemos emergir um território do sujeito em que a relação com o Outro parental, social ou, institucional, presente na figura dos CAPSi, estaria presente na realidade psíquica de cada sujeito da pesquisa para então considerarmos os movimentos de desvinculação do tratamento que apresentam. A partir de tal perspectiva observamos que, na medida em que estes movimentos indicam a desinserção dos sujeitos, implicam também na presença de uma particularidade da constituição destas relações no contemporâneo.

O Outro sempre se constituiu em uma ficção, um semblante, para o sujeito, e o simbólico sempre esteve encarregado de sustentar suas insígnias na ordem social. Ocorre que o contemporâneo trás certa “crise” para o simbólico, na medida em que, nenhuma verdade inabalável subsiste mais. No seminário “El Otro que no existe y sus comités de ética”, Miller e Laurent (2010) formalizam que, diferente do terreno que Freud encontra, favorável para

assentar a psicanálise sob os elementos morais e disciplinadores que originam as neuroses, no contemporâneo, observa-se a incidência de uma crise dos semblantes que sustentavam a existência do Outro. O lugar das figuras parentais, as relações com a lei simbólica e as que se estabelecem a partir daí foram bastante transformadas. A psicanálise de Freud não dá conta de responder às mutações da ordem simbólica, assim como a psicanálise lacaniana também encontra grandes desafios para isto. No lugar do pai que se fazia exceção e representante máximo da lei simbólica, Lacan denota que o Outro é barrado, $S(A)$. A leitura deste matema põe em evidência “[...] o equívoco, o laço do significante com o que se acredita que é seu significado” (MILLER, 2010, p. 10), forma que Lacan encontrou para indicar que a era do Outro que existe parecia estar no fim.

Ao nos depararmos com a expressão “O Outro que não existe”, é bom ressaltar, não estamos falando do anúncio trágico da dissolução do laço social, mas sim, das “[...] destituições das figuras simbólicas do Outro [...]” (FERRARI, 2014, p. 656). A ascensão do real destitui o simbólico de modo que fragiliza, no Outro, os emblemas de sua armadura, se mostrando para o sujeito como é, ou seja, uma ficção. Neste contexto, o elemento ordenador passa a ser o capital, ou seja, a lógica do sistema capitalista orienta a ordem social, produzindo modos de subjetividades solitárias, e submetidas ao imperativo do gozo. Os efeitos que se produzem para os sujeitos advêm sob um fundo de angústia, pois a busca pelo objeto tende a não mais se dirigir ao Outro, mas, ao mercado. Nos casos da pesquisa, observamos em momentos cruciais para o sujeito, a presença de uma descrença em relação ao Outro. Ramírez (2007) escreve acerca disso, dizendo que, em casos assim, é possível que, ao invés de buscar maneiras de existir em seu campo, o sujeito prefira rechaçar o Outro. O sujeito pode escolher não endereçar demanda alguma ao Outro, tendo em vista que, as poucas que produzem, não são acolhidas. Com o enfraquecimento da via que leva ao ideal do eu, a sociedade de consumo instiga o sujeito a construir relações que exigem menos sacrifício da satisfação. “Desinseridos dos laços sociais fundados sobre o ideal do eu, estes indivíduos estão inseridos, entretanto, num laço com algum objeto de satisfação pulsional.” (SANTOS e SANTIAGO, 2011, p.1). Temos aí, a lógica contemporânea de produzir desinsersão.

Apesar deste cenário, como escreve Miller (2010), não há que se nutrir qualquer nostalgia do tempo em que se supunha a existência do Outro. A crença em sua existência sustentou certos modos de vida que não se alinham mais com os que encontramos na atualidade. Assim, a era do Outro que não existe apresenta modos de vida desenganados, soltos e errantes como sintoma desta época. Não por acaso, “O Outro que não existe”, título que Miller (2010) dá a seu seminário, é uma referência a “Terceira meditação” de Descartes,

“De Deus; que existe”. Segundo escreve, Descartes deu para seu tempo a solução para a crise do saber na qual estava inserido, mas, esta coisa de maneira alguma afetou o real. Deus continuou existindo no cerne do saber científico que seu pensamento promoveu. No contemporâneo o real não pode proteger o sujeito da inexistência do Outro. Descobriu-se o véu que o mantinha em sua estrutura de ficção, deixando exposta sua inconsistência, na medida em que não se pode contar com uma dimensão simbólica mais ou menos estável.

O real testemunhado pelo inconsciente não é o real que o discurso da ciência nos apresenta pelos semblantes numéricos, estatísticos e padronizados. Por isso, Miller (2010) ressalta a importância de manter a psicanálise em condições de se orientar a partir do real que lhe é próprio, para que possa existir e intervir na direção que “[...] Lacan chamava de direção da subjetividade moderna” [...]. (p. 14, tradução nossa)²⁰. Na verdade, segundo ressalta, trata-se hoje, da direção da subjetividade contemporânea e dos impasses e desafios que o mal estar da civilização apresenta ao sujeito em relação a inexistência do Outro. A civilização que, para o autor, já teria deixado a época do mal estar freudiano, se situa no tempo dos impasses éticos aos quais a inexistência do Outro convoca. Deste modo o “[...] social do sintoma, não é contraditório com a tese da inexistência do Outro. Ao contrário, a inexistência do Outro implica e explica a promoção do laço social no vazio que se abre”. (p.16, tradução nossa)²¹.

A clínica do real é a clínica do contemporâneo. A desinserção surge na dimensão de um sintoma que sinaliza para um tempo em que o sujeito se volta para si, em detrimento do Outro que descobre inconsistente. Há uma descrença no Outro, em especial, na sua função de acolher e amparar o sujeito, o que trás consequências, tendo em vista que esta é a relação que articula o desejo no sujeito.

Tendo em vista que, para os sujeitos, a subjetividade se constitui nas relações que se exercem a partir de seus complexos familiares, é pertinente que possamos buscar na relação dos jovens da pesquisa com o Outro parental, alguma coordenada que possa elucidar as questões da desinserção apresentada por cada um, mediadas pelo uso do objeto droga. Supomos que localizar estes pontos pode ser útil ao trabalho que se realiza nos CAPSi no que se refere às dificuldades de adesão ao tratamento dos jovens.

²⁰ “[...] Lacan llamaba la dirección de la subjetividad moderna

²¹ “[...] lo social del síntoma, no es contradictorio con la tesis de la inexistencia del Otro. Por el contrario, la inexistencia del Otro implica y explica la promoción del lazo social en el vacío que se abre”.

4. COMPLEXOS FAMILIARES

Para traçarmos um caminho que possibilite abordar a clínica psicanalítica do sujeito adolescente e sua relação com o Outro parental, interrogando sobre o encontro com o objeto droga, nos pareceu coerente situar uma outra cena. Buscamos identificar nesta relação, a criança que existe em cada sujeito. O que está em causa é o modo com que a psicanálise freudiana concebe o infantil como a cena inconsciente atemporal e estrutural, distinguindo-se aí das perspectivas desenvolvimentistas. Deste modo, estaremos também ressaltando que em psicanálise, ao considerarmos a adolescência, ocupamo-nos, nos dizeres de Freud (1905/1996), da travessia da infância para a idade adulta, da diferença dos sexos e do momento, como escreve Alberti (2004), em que o sujeito se dá conta de que o Outro falha, é barrado e pode ser mais inconsistente do que se imagina.

Recorremos a dois textos de Lacan: “Os complexos familiares na formação do indivíduo”, escrito em 1938, e “Duas Notas sobre a Criança”, de 1969, que nos servirão de balizas conceituais. O texto das “Duas notas” está dividido em dois momentos. No primeiro, Lacan (1969/1986) apresenta três lugares em que a criança pode se identificar na estrutura familiar: o sintoma Σ na neurose, o falo ϕ na perversão e o objeto a na psicose. O segundo momento do texto apresenta considerações acerca da função do par parental para o sujeito. Já no texto “Os Complexos familiares” (LACAN, 1938, 2003) encontramos o modo com que Lacan define as organizações familiares humanas, ressaltando como as instâncias naturais são dominadas pela realidade psíquica. Três décadas separam estes textos que estabelecem importantes interlocuções para a clínica psicanalítica com crianças e que, de modo geral, têm sido amplamente discutidos por diversos autores, entre eles, Laurent (2003), Miller (2014) e Ramírez (2012), dos quais nos valeremos para propor algumas reflexões.

A família como estrutura, e a criança como sintoma, são dois importantes aspectos que Ramírez (2012) extrai do texto das “Duas notas”, considerando-os eixo para a discussão que estabelece de forma pormenorizada, analisando parágrafo por parágrafo do texto lacaniano. Conforme nos esclarece este autor, o próprio Lacan escreve este texto para a Senhora Jeane Aubry na terceira pessoa do tempo verbal. Deste modo, ele escreve: “Na concepção que Jacques Lacan elabora, o sintoma da criança se encontra na situação de responder por aquilo que há de sintomático na estrutura familiar”. (1969/1986, p.13)

A família sendo considerada como uma estrutura é algo que nos remete ao texto “Os complexos familiares.” Nele, Lacan (1938/2003) já afirmava esta perspectiva ao ressaltar as diferentes possibilidades de organização e regulação pulsional que se instaura entre os

sujeitos. Neste tempo de seu ensino usou termos não habituais para os anos seguintes, que diziam do complexo de desmame e de seu declínio, o que lhe permitiria abordar o tempo lógico da alienação e da separação, o complexo de intrusão em que situa a identificação e a agressividade com o objeto, o Complexo de Édipo e o modo com que o articulava ao que chamava de imago paterna e imago materna no surgimento do ideal do eu, e as patologias passíveis de surgir nestas articulações. Quaisquer que sejam as possíveis configurações que se produzam nestas relações, elas operam através de um ponto de falta, a falta a ser do sujeito. Este é outro aspecto ressaltado por Ramírez (2012) para esclarecer o ponto central que faz Lacan considerar a família como estrutura, diferenciando-a do estruturalismo. Em psicanálise, a noção de estrutura se refere a um conjunto de elementos sujeitos a inúmeras combinações que são operadas, desde que um destes elementos seja o vazio (falta-a-ser). No caso da família, é isso que fará com que estas variações não resultem em uma totalidade harmônica, plena e completa. A expressão, “grande neurose contemporânea”, que Lacan (1938/2003, p. 66) se referiu na ocasião, mostra que ele já se dava conta do que chamou na época de declínio “[...] social da imago do pai.” Ele relaciona este declínio com o surgimento da psicanálise para dizer que as formas de neurose que surgiram, no fim do século XIX, estariam intimamente ligadas à estrutura da família.

No texto sobre as “Duas Notas”, temos a proposição de Lacan acerca da função da família. Na sua perspectiva, ela se esclarece por uma transmissão que é de “[...] outra ordem que aquela da vida segundo as satisfações das necessidades, mas, de uma constituição subjetiva, implicando a relação com um desejo que não seja anônimo” (LACAN, 1969/1986, p.14). Na sequência, indica que esta transmissão se dá através da função que as figuras parentais possuem nesta organização familiar: a “[...] mãe, na medida em que seus cuidados trazem a marca de um interesse particularizado, mesmo que seja por intermédio de suas próprias faltas e do pai, na medida em que seu nome é o vetor de uma encarnação da Lei no desejo”. (1969/1986, p.14).

Somos, assim, levados à segunda parte do texto sobre as “Duas Notas”, ou seja, a parte em que Lacan afirma que a criança é aquela que ocupa lugares distintos na estrutura familiar. A criança que habita, em cada sujeito da pesquisa, ocupou um lugar nesta estrutura. Interessamos deter um pouco nesta questão, buscando o que ela pode nos dizer acerca da desinserção que os jovens apresentam. Começamos pelo lugar de sintoma da estrutura familiar.

4.1. A identificação com o sintoma do par parental

A noção de criança-sintoma se refere à verdade “[...] do casal” (1969/1986, p13). Este é um aspecto importante, já que ao longo da história da psicanálise foram vários os momentos em que a relação entre mãe e criança respondeu pelos mais inquietantes problemas da infância e da adolescência, através dos equívocos de uma noção simbiótica, a exemplo dos trabalhos de Maud Manonni e Winnicott. Laurent faz questão de ressaltar que as coisas não são bem assim, “[...] se o sintoma da criança representa a verdade do discurso da mãe, não o é da mãe como tal, mas da verdade da estrutura do casal” (2003, p.16, tradução nossa)²². Quando a criança está na posição de resposta sintomática, isso não se refere unicamente ao desejo da mãe, mas ao desejo da mãe articulado ao Nome-do-Pai. É disso que trata a Metáfora Paterna, que deve ser considerada em sua fórmula completa para que não seja reduzida apenas à posição da mãe.

A METÁFORA PATERNA

$$\frac{NP \cdot DM}{DM \quad x} \longrightarrow NP \cdot \left[\begin{array}{c} A \\ \text{Falo} \end{array} \right]$$

FONTE: (BOGOCHVOL, 2017)

Ao se identificar com a verdade do par parental a criança passa a ter um caráter metafórico e faz aparecer uma nova noção de sintoma, o sintoma verdade, como resalta Ramírez (2012). A criança “[...] define-se neste contexto como representante da verdade” (LACAN, 1969/1986, p. 13). Verdade e sintoma possuem formalizações próprias e bastante complexas no ensino lacaniano, mas pelo que se pode dizer, até aqui, compreende-se que esta relação se sustenta pelo lugar no engendramento discursivo que a verdade ocupa no laço social, de modo que um sintoma que representa uma verdade, só pode se sustentar por um encadeamento significativo. (LACAN, 1969-1970/1992).

O sintoma da criança é produzido, tal como escreve Ramírez (2012), a partir do mal entendido do par parental. Dito de outra forma é assim que ele resulta do encontro com o Outro. Laurent (2003) escreve que a criança-sintoma é convocada a fazer uma espécie de enfrentamento ao Outro e, ao fazê-lo, o sujeito constrói uma resposta que se sustenta como

²² Si el síntoma del niño representa la verdad del discurso de la madre, no lo es del discurso de la madre como tal, sino de la verdad de la estructura de la pareja”.

efeito de significação $s(A)$ do Outro, matema que, neste contexto, também pode ser lido como sintoma do Outro. O efeito de significação deste sintoma é dado pelo Outro barrado, \bar{A} . Trata-se do Outro do segundo nível do grafo do desejo, o $S(A)$ que trás o significante da falta no Outro. O efeito de significação que a criança produz, com seu sintoma, contesta a falta deste significante no Outro, ou seja, a falha no Outro, através de sua resposta sintomática. A falta no significante do Outro que o sintoma da criança responde é justamente a verdade do discurso parental. É a partir disso que o sujeito constrói seu mito particular. Ao se alojar no lugar do X como um sintoma Σ , a criança dá significação ao enigmático desejo da mãe, posto que é deste lugar que o sujeito recebe sua significação, na estrutura familiar, ao combinar o desejo da mãe à função paterna, o que deve inserir um menos no falo, $-\phi$. Esta é uma forma de demonstrar que o objeto só encontra seu lugar ao se situar frente a função da castração. (MILLER, 2014)

A posição sintomática da criança na estrutura familiar é a mais complexa, mas, por outro lado a mais aberta às intervenções, segundo diz Lacan (1969/1986).

Na perspectiva da criança-sintoma pode ser útil revisitarmos o modo com que Freud abordou as questões da identificação: “A mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa” (1921/1996, p.115). Os paradoxos dos laços sociais para o sujeito encontram aí suas origens e seus elementos derivativos já que, quando a identificação se articula ao ideal do eu, como Freud comenta no texto “Sobre o narcisismo: uma introdução” temos aí um importante panorama para a compreensão destes aspectos. (FREUD, 1914/1996). É preciso verificar se este ideal se inscreve para os sujeitos da pesquisa.

Na perspectiva freudiana, primordialmente, a identificação remonta à constituição do sujeito nas relações edípicas através da identificação com o pai, com o sintoma do outro ou com o grupo. A incorporação de um traço do objeto a ser identificado é algo fundamental e comporta toda ambivalência que, primitivamente, assim como ocorre no canibalismo, algo que é admirado, no outro, é literalmente incorporado. Afeto e hostilidade estão aí intrincados. De modo geral, a identificação costuma se apoiar em uma relação de objeto com a pessoa amada. Freud sabia que as considerações acerca da identificação poderia se desdobrar em diversas vertentes e, por isso, não pretendeu esgotá-las em seus escritos (1912/1996). Nos três casos que se seguem, percebemos algumas de suas versões e, de modo mais evidente, a presença da identificação a um nome, nome que representa um traço do objeto.

4.1.1. Marcelo, o intruso

O enunciado: “Roubaram você de mim”, dirigido a Marcelo aos oito anos, por sua mãe biológica, marca “[...] um interesse particularizado, mesmo que seja por intermédio de suas próprias faltas [...]” (LACAN, 1969/1986, p.14), já que, quando bebê foi deixado, por ela, sob os cuidados desta que hoje é sua mãe adotiva. Por outro lado, este mesmo enunciado é, também, o que marcará a última visita deste jovem à mãe biológica, na Residência Terapêutica em que ainda mora, evidenciando uma primeira desconexão que se estabelece em relação à filiação materna. Algo deste enunciado articula, para Marcelo, um fio que o liga a sua mãe, “doida”, e o confronta com a verdade de não pertencer, de fato, à família em que foi criado, já que esta nunca o adotou. Obviamente, este enunciado poderia ter sido ressignificado de diferentes modos, mas, o que se inscreveu daí em diante, foi um não lugar para o qual o jovem foi remetido.

Aos doze anos Marcelo se sente claramente ameaçado por um garoto de quatro anos e travava frequentes brigas com ele. Na época, a criança era deixada na casa de sua mãe adotiva que o cuidava enquanto a mãe dela trabalhava. A certeza de ter um lugar na família que o criou já havia sido abalada, e quando um outro garotinho surge nesta cena, de modo semelhante ao que se deu com ele, Marcelo revive a ameaça de perder um lugar que, mais tarde, fica claro, que nunca teve.

Como sabemos, o desejo de cuidar de Marcelo se inscreveu apenas do lado de sua mãe adotiva e não de seu companheiro, a quem o jovem desejava o reconhecimento de filho através da adoção de seu sobrenome. O que acontece, alguns anos mais tarde, é que o enunciado da mãe biológica é ressignificado quando, bêbado, o pai adotivo passa a lhe chamar de “intruso”. Se o pai é vetor de um nome que leva à encarnação da Lei do desejo, como diz Lacan (1969/1986), de algum modo, no caso de Marcelo, foi vetor de um desamparo. Ao ser remetido a um nome que lhe designava um não lugar, “intruso”, Marcelo fica em dificuldades com seu desejo, já que, receber uma significação do Outro, como escreve Ramírez (2012), é o mesmo que receber um lugar no desejo deste Outro. Diante do que Marcelo recebe do Outro paterno, o sujeito atua.

A crise que levou este jovem ao serviço de saúde mental revela, a nosso ver, uma tentativa desesperada de fazer valer seu desejo de sujeito. Ingerir chá de lírio com cachaça, bebida preferida do pai, é uma forma de se identificar a ele, em ato, através de um *acting out*, no âmbito do sintoma do pai, ou seja, o uso abusivo que fazia do álcool. Este modo de identificação do sujeito adolescente evidencia, segundo Stevens (2004), a falha na

identificação simbólica. A identificação se liga a um traço do objeto incorporado pelo ego, de tal forma que se evidencia o que deste objeto Marcelo gostaria de ter, o amor de pai veiculado por um nome que instaurasse uma filiação, um lugar. Idealizado por este jovem, seu pai adotivo, que não lhe adotou, parecia contar muito para este sujeito, já que, o “[...] pai ideal é uma fantasia dos neuróticos.” (LACAN, 1960/1998, p. 839).

Mas, a nomeação que recebe dele acaba por produzir um segundo tempo no processo de identificação. É a um nome que ele se identifica, “intruso”, cuja significação que vem do Outro paterno é desconectiva. Isso não deixa de também remetê-lo à história de desinserção de sua mãe biológica, marcada pela loucura e pela trajetória de rua, lugar êxtimo, para o qual irá se dirigir cada vez mais.

Ao longo do ensino lacaniano o modo de conceber o Pai passa por mudanças fundamentais, incidindo sobre a noção de Outro, gozo e sobre o real. Mesmo levando em conta que já nos “Complexos familiares” Lacan (1938/2003) introduz a questão do pai através do que chamou de imago paterna, é no Seminário 3 (LACAN, 1955-1956/1985) que o Nome-do-Pai surge como fundador universal da ordem simbólica. Em “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” (LACAN 1957-1958/1998) e no Seminário 5, “As formações do inconsciente” (LACAN, 1957-1958/1999), encontramos a Metáfora Paterna. Para Zenoni (2007), e outros autores, o Nome-do-Pai e sua Metáfora são ainda uma leitura lacaniana do Complexo de Édipo freudiano. Mas, esta noção implica em dificuldades quando o que está em questão é um pai real. O avanço lacaniano em relação a Freud, propriamente falando, consiste no modo com que sua abordagem ao Pai vai incidir diretamente sobre a instância simbólica do Nome-do-Pai. O Seminário “Os Nomes-do-Pai” (LACAN, 1963/2005) é paradigmático neste sentido. Trata-se de uma abordagem do Pai a partir do real de sua presença, em que o significante pode se revelar carente ou forcluído. O Pai universal do Nome-do-Pai dá lugar a múltiplos nomes, de modo que sua função deixa de se sustentar pelo interdito, para se abrir a uma função de união, de ligação, de grampeamento das três dimensões que sustentam o ser humano na vida, o real, o simbólico e o imaginário. É uma função que incide sobre o impossível da não relação sexual resultando, assim, na articulação ao desejo. Deste modo, a noção do Nome-do-Pai tende a se diferenciar do Pai, pois, este designa uma função de nó. Bem antes deste Seminário, Lacan (1960/1998, p. 839) já dizia que: “A verdadeira função do Pai [...] é, essencialmente, unir (e não opor) um desejo à Lei.” Segundo escreve Zenoni (2007), o fracasso desta função ocorre quando aquele que responde pelo Pai se identifica ao Nome-do-Pai, pelo viés da universalidade presente na ordem simbólica. O Pai desacreditado, passa a pautar tudo que é da ordem do Outro neste descrédito.

Confundir-se com o universal, identificar-se com a lei, excluindo a particularidade do desejo, consiste no risco que pode levar ao que citou como sendo uma falsa paternidade.

No Seminário “Os Nomes-do-Pai”, Lacan (1963/2005) dizia também que o desejo do Outro é apreendido pelo sujeito através do objeto, e esse objeto se apresenta nas formas oral, anal, o olhar e o objeto voz, que remontam a uma primitiva relação. O objeto que cai da angústia do jovem Marcelo assume a forma do objeto voz que veicula duas nomeações: roubado e intruso. Estes nomes se localizam em dois tempos lógicos: o tempo da mãe biológica, “doida”, e o do pai adotivo, “bêbado”. Com o objeto voz, Lacan (1963/2005) observa que em algum momento da clínica somos chamados a reconhecê-lo, nas diversas formas em que ele é en-carnado para o sujeito. No caso de Marcelo vemos um nome sendo en-carnado em um corpo desinserido.

A paternidade, para os seres falantes, como escreve Miller (1963/2005), é um fato cultural muito mais do que natural, assim como também encontramos no pensamento freudiano de “Totem e Tabu” (FREUD, 1913/1996). Uma variável que em cada caso clínico interroga sobre o que desempenha a função do Nome-do-Pai, é o modo com que Miller (2001) apresenta o Pai. Ele pode ser qualquer significante, inclusive, o próprio objeto *a*. É, em si mesmo, a metáfora do pai, da presença do pai, podendo operar em sua ausência e, por isso, em sua essência, desde sempre é um pai metaforizado e não apenas metaforizador. Esta é a lógica que permite ao Nome-do-Pai ser uma função sustentada pelo papel que é designado por um nome, ou, por nomes.

A angústia deste jovem lhe acenava através da fragilidade da mãe biológica, da insegurança da mãe adotiva, da rejeição do pai adotivo, do desconhecimento de seu pai biológico, sobre o qual não há informações, da desconfiança e insegurança em relação aos serviços de saúde e de saúde mental, e daquilo que tudo isso engendra um não lugar em que se vê situado como um des-filiado do Outro. Assim, o lugar que Marcelo representa, na estrutura familiar, parece apontar, através de suas experiências desconectivas, para algo da inconsistência do Outro. Como escreve Zenoni (2007), o lugar do Outro não é mais o do código, mas sim, um lugar que admite conjecturas que modificam o próprio código. A condição do Nome-do-Pai muda, na medida em que a garantia de fundamento do Outro se revela como ficção ao sujeito. Certamente, esta relação ressoa em sua recusa decidida em voltar ao serviço “lugar de doido,” em suas palavras, e a se manter desinserido no espaço das ruas.

4.1.2. Willian, o desinteressado

Desde o tempo da infância Willian era designado por seu desinteresse e falta de compromisso. Os problemas se manifestavam no baixo rendimento escolar, nas dificuldades de relacionamento e nas queixas com relação ao mau comportamento, motivos que, na infância, o levou a ser encaminhado ao serviço de saúde mental. Na adolescência estes comportamentos se mantiveram, mas, foram acrescidos e intensificados pelo envolvimento com o uso e o tráfico de drogas.

Do par parental, a mãe surge como uma pessoa que “não era boa influência”, de acordo com o que dizia a avó paterna, que criou Willian desde bebê, segundo nos parece, como um filho. O envolvimento da mãe com o tráfico de drogas teria sido decisivo para a opinião da avó, cujo maior medo era de que o neto se envolvesse com “más companhias”. O lugar de Willian, na estrutura familiar, evidencia dois aspectos: do lado da mãe, desde o início, deveria negar suas influências; do lado do pai, deveria contar com os cuidados da avó paterna que, ao mesmo tempo em que parecia resignificar algo de sua relação com o pai de Willian, evidenciava também o desinteresse deste pai em relação ao jovem. Se, em relação a mãe ainda era possível observar algum interesse por este jovem, mesmo que na medida de suas faltas (LACAN, 1969/1986), com o pai, isso não acontecia de modo algum. Nem o fato de morarem na mesma casa desde os primeiros anos da infância favorecia, qualquer interesse do pai em relação a Willian, tampouco qualquer compromisso com as questões que o jovem demandava. Isso nos levou a situar as nomeações de desinteressado e descomprometido, atribuídas ao jovem, à relação peculiar que é construída em relação ao par parental, afinal, como ele mesmo nos diz, suas figuras parentais “não ligam muito pras coisas”. Do desinteresse paterno e da precariedade do interesse materno, surge um sujeito desligado nas tessituras sociais.

Mas, em relação ao pai, este jovem faz valer a identificação formalizada por Freud (1921/1996), que incorpora o traço do objeto no eu, de forma a modelar a subjetividade do sujeito. Sem palavras, sem conversa, apenas um olhar em direção ao pai é o modo com que Willian consegue descrever de que ordem é a relação que possuem: “Eu só vejo ele, e a gente não conversa.”. A função do objeto pequeno *a*, na pulsão escópica, traz em si uma particularidade que Lacan (1963/2005) indica como sendo algo que deixa o sujeito cativo na função do desejo, por tornar o objeto estranho a ele, ou seja, como se fosse algo que não lhe pertencesse: “Na pulsão escópica, o sujeito encontra o mundo como o espetáculo que o possui. Ele é aí a vítima de um logro, pelo qual o que sai dele, e o enfrenta, não é o verdadeiro

a, mas seu complemento, a imagem especular *i(a)*. Eis o que parece ter caído dele.” (p.68) Eis aí também o mecanismo essencial que estrutura a relação da angústia com o desejo do Outro, o que fica evidente no caso de Willian com seu pai, já que pode olhá-lo, mas não é visto por ele.

O retorno ao tráfico de drogas é um retorno ao lado materno, mas também, indica uma mudança de posição em que deixa de ser aquele que olha para tornar-se, por conta própria, um “[...] objeto olhado. [...] É a questão da visibilidade que está em jogo, a possibilidade de ser visto, de ser olhado.” (LACADÉE, 2016, p. 109). Algo da ordem de um re-conhecimento, ou seja, de um olhar que situa o ser, na condição de sujeito, é o que parece estar em causa. A respeito de outros casos, semelhantes ao de Willian, que também buscam no pai o reconhecimento de um olhar de filho, Lacadée comenta que, não “[...] podendo mais endereçar nada ao pai, é então somente o olhar que surge, buscam desse pai apenas o olhar. Entendemos melhor a importância que tem para estas crianças o olhar [...]”. (2016, p. 108).

Assim como vemos no caso anterior, também com Willian há nomeações que implicam em um desligamento, ou em um afrouxamento nas relações sociais: desinteressado e descomprometido são algumas delas. Elas também se encontram do lado da mãe, mas estão emblematicamente situadas do lado paterno, de onde se vê, na figura dos avós, do juiz, da Promotoria, do Conselho Tutelar e do próprio serviço de saúde mental, diversas suplências à função que este pai não pode ou, não quer desempenhar. Deste modo, Willian não tem outra alternativa senão a de se dar conta que um pai é, na verdade, um semblante. Não é por acaso que Miller afirma que o semblante pai é “[...] senão o principal, um dos mais importantes” (2001, p. 39, tradução nossa).²³ Se há vários Nomes-do-Pai é porque nenhum deles é o nome do pai, como escreve Zenoni (2007). Assim, o Pai universal se desloca para uma infinidade de suplentes, ou melhor, de múltiplas exceções à lei, enquanto fundamento da lei. Todos os Nomes-do-Pai são semblantes e, enquanto tais operam a função de encobrir o real, se opondo à angústia do sujeito. Um semblante propicia modos de articulação entre o simbólico e o imaginário, na tentativa de dar conta das relações do sujeito com o real (MILLER, 2001). Trata-se, obviamente, do real testemunhado pelo inconsciente, e é em relação a ele que o ser do sujeito não se opõe ao que “parece-ser” (p.12). No caso de Willian, um sujeito desinteressado, desligado.

Como escreve Zenoni (2007), há outras maneiras de amarração entre o gozo e o semblante que não passam pelo pai. Willian nos dá exemplo disso. Havia, para ele, uma

²³ El semblante del padre es, si no el principal, uno de los más importantes.

amarração pela via das três mulheres que se interessavam por ele, sua mãe, sua avó e sua técnica de referência. Por este caminho, parecia se constituir a possibilidade da construção de um sintoma. Contudo, esse interesse não se fez reconhecer na figura do novo terapeuta do serviço para o qual Willian foi transferido. Ele volta para o uso de drogas e para o tráfico. A presença da droga é uma grande dificuldade no caminho da produção de um sintoma. Mas, como escreve Laurent (2014), e indica Willian, é possível apostar neste recurso.

4.1.3. Adriano, o jovem desenganado

O lugar de Adriano na estrutura familiar parece nos orientar em direção as dificuldades de sua mãe com as questões que o lugar da maternidade lhe convocava, circunscrevendo a questão da sexualidade materna. “Eu vou viver a minha vida e você a sua!” Esta frase dita ao jovem por sua mãe em um momento de discussão dos dois, parece evidenciar alguns aspectos desta questão. A resposta do jovem é imediata: “Você quer que eu volte a usar droga!” E, neste dia, não volta ao serviço. Adriano nos permite compreender, tal como escreve Ramírez (2012), que o significado do Outro $s(A)$ é resultado do encontro com o Outro barrado $S(\bar{A})$. Adriano parece responder ao enigma do desejo do Outro materno, construindo um modo de resposta ambivalente, suportado pelo uso de drogas e pela criminalidade, ambos, insígnias do pai biológico, a quem o desejo da mãe se direcionou no âmbito de sua feminilidade.

No tempo da infância, a direção do desejo materno já se revelava, mas, sem dúvida, o momento mais emblemático é quando ela deixa Adriano sob os cuidados do pai que acreditava ter e vai embora de casa sem deixar muitas explicações. Mais tarde, na puberdade, ela retorna e revela que o pai biológico de Adriano era outro. Podemos refletir acerca dos efeitos destas contingências na vida do jovem, a partir das observações de Miller extraídas de sua própria clínica. Ele nota que nas relações extraconjugais, que ocorrem em relação a mãe, é “[...] sobre o filho homem que reflete o sintoma do par familiar [...]” (2014, p. 7) Apesar de Adriano ser filho único por parte de mãe, estas considerações nos pareceram sugestivas para o caso.

Na psicanálise freudiana (FREUD, 1932/1996), a maternidade teve primazia nos destinos da feminilidade. A criança vem assim, como um substituto do falo no desejo materno. No lugar de mãe, a mulher toma a criança a partir da significação fálica que lhe advém no inconsciente. (COUTO; MATTOS, 2015) Se considerarmos que o objeto do desejo não está, para nenhum sujeito, na ordem social, posto que é um objeto naturalizado no campo

da linguagem, a tese freudiana tem um lugar menos hegemônico em nossa época. No Seminário 20, Lacan (1972/1985) apresenta a máxima “*À* mulher não existe”, para dizer que não existe a mulher como um ser universal. É preciso que cada uma encontre seu modo de se constituir enquanto tal. A barra no artigo *À*, maiúsculo, indica que ela é não-toda e que, deste modo, tem relação com o Outro. Ela está inscrita e opera com a lógica fálica, mas tem acesso a um modo de gozo que vai além do falo, um gozo a mais, suplementar. O gozo feminino escapa à ideia de totalização que implica o falo. Por isso, mesmo no lugar de mãe, e tomando um filho como significante de seu desejo, esta criança não responde inteiramente pelo que quer uma mulher. Diríamos até que, em muitos casos, um filho pode não advir como significante do desejo de uma mulher.

Como sintoma, tal como escreve Ramírez (2012), uma criança revela não haver harmonia entre mãe e criança. O caso de Adriano nos faz pensar sobre a formalização de Miller acerca do “modelo” materno Winnicottiano: “[...] a mãe só é suficientemente boa se não o é em demasia, se os cuidados que ela dispensa à criança não a desviam de desejar enquanto mulher”. (2014, p.3) A mãe de Adriano não deixou a maternidade desviá-la do desejo enquanto mulher. Sua relação com o filho faz supor algo incestuoso, mas que não se confirma. Na verdade, o que nos parece, é que esta mulher tem dificuldades para se situar como mãe e, diante disso, Adriano é chamado a responder como homem, ainda que sendo filho. Conseqüentemente ele apresenta dificuldades para se posicionar diante dela, que faz vacilar seus pontos de ancoramento na vida. A puberdade é o tempo da queda dos ideais do Outro e Adriano se dá conta de que a mãe não é quem ele idealizou, mas também descobre que seu pai não é quem acreditava ser. A angústia que lhe advém daí se expressa na resposta que nos dá quando lhe perguntamos sobre o que o tratamento no serviço deveria ter: “[...] que algumas pessoas parassem de ser falsas, igual a muitas por aí!”

Miller (2014) escreve que no desejo materno deve haver lugar para a criança, assim como para o objeto da feminilidade da mãe, mas, para isso, o sujeito precisa de algum dispositivo que metaforize este desejo, como pode ser a metáfora paterna. Uma mãe “suficientemente boa” não é aquela que, necessariamente, veicula a autoridade do pai. A metáfora paterna, segundo diz, não é um processo em que a função do pai submete o desejo da mãe a seu “cabresto” (p.4), mas sim, que deve possibilitar uma divisão no seu desejo. Se do lado da mãe, Adriano está confuso, é do lado do pai que o criou e que não cedeu de seu desejo, que o jovem encontra o recurso para apostar no seu desejo de sujeito.

A divisão que a Metáfora Paterna parece possibilitar no desejo desta mãe resulta, na verdade, no modo com que se articulam aí dois pais da realidade: um pai do gozo e outro do

desejo. O pai biológico é o pai do gozo. Ele toma sua mãe como mulher e é descrito como um homem ameaçador, que faz sua própria lei. O pai do desejo é o pai que o criou como filho, e que não cedeu de seu desejo de pai, mesmo descobrindo que, do ponto de vista biológico, Adriano não era seu filho.

Deste ponto de vista, o biológico, Adriano preferia estar mesmo desinserido, já que o real que incide sobre ele lhe impõe um pai que, embora esteja morto, ainda assim se inscreve como uma presença terrificante. Quando o entrevistamos ele conta do episódio em que se dirigiu ao pai adotivo, sob efeito de solventes, para mata-lo, e acaba se desviando dele para desferir dezoito facadas em um cão. Em suas palavras: “[...] tinha um cachorro que chamava Bryan. Invoquei o espírito do meu irmão (irmão por parte do pai biológico) em mim. Matei o cachorro pra não matar meu pai”. A culpa lhe advém e se faz notar em suas palavras: “Me arrependo muito, muito, muito, muito... Agora quero outro cachorro, *pit bull*, gigante.” Lacan (1963/2005) afirma que se Freud (1913/1996) colocou o mito do assassinato do pai no centro de sua teoria, como o faz em “Totem e Tabu”, é porque existe aí algo inevitável a ser considerado, entretanto, é preciso avançar na passagem do pai do gozo para o pai do desejo.

Como ensina o tipo clínico da neurose obsessiva, uma dívida simbólica com o pai tem sua importância na puberdade. Lacadée (2016) chega a comentar sobre os efeitos desconectivos de quando se roubam dos sujeitos adolescentes a possibilidade de ter uma dívida simbólica com pai, tendo em vista o engajamento do sujeito em seu desejo. Mas, a despeito disso, Adriano parecia se dar conta, como também pensa Miller (2010), que atualmente, o sujeito está alertado das destituições simbólicas que sustentam o Outro na ordem social. Este cenário problematiza a relação do sujeito com o real manifestando-se sob um fundo de angústia, tal como a crise do jovem denuncia. No “Seminário 21”, com o recurso que o equívoco homofônico permite, Lacan (1973-1974), utiliza dos termos *Les non-dupes errent* e *Les noms du père*²⁴, para tocar em alguns aspectos espinhosos de sua construção acerca dos Nomes-do-Pai. Um deles se refere ao fato de que os tolos acreditam não serem enganados pela cena do inconsciente. Já os não-tolos se deixam enganar o tempo todo, mas pela via do real, por que é ele que desengana. No real a que a psicanálise se refere, as relações não param de não se escreverem. Não é à toa que, alguns anos antes, Lacan (1963/2005) dizia que a angústia é um afeto que não engana. A questão é que, se para os seres falantes as relações não param de não se escreverem, nelas se incluem as de parentesco. Por isso é necessário o estabelecimento de enlaçamentos a serem inventados. É nesse sentido que surge

²⁴*Nome du per errant*: segundo Miller (2010) *errer* em francês significa errar, vagar ou equivocar-se.

o pai em sua função de nó, como escreve Zenoni (2007), em sua missão de enlaçar o impossível, a não existência da relação sexual.

A psicanálise não alimenta uma espécie de nostalgia em relação a figura do pai ideal. Na verdade, como observa Stevens (2004), seu declínio sempre existiu, sempre se fez notar, em algum aspecto, na singularidade de cada caso. O que ocorre na contemporaneidade é que isso que víamos sendo circunscrito na singularidade do caso a caso é agora recolocado como a lógica que se imprime na estrutura própria de nossa sociedade. Mas, no caso de Adriano opera-se a função que Lacan (1969/1986) designou ao pai, como sendo a de transmitir um desejo que não seja anônimo. A partir dos Nomes-do-Pai, pluralizados, a referência ao parentesco não é determinante. O que está em questão é a posição do desejo do pai sobre a constituição subjetiva da criança. Escreve Zenoni (2007) que um por um dos sujeitos que se dizem pais operam uma função de exceção, através do desejo de pai, cuja causa é uma mulher. A relação homem-mulher, colocada aqui, é muito mais a que se revela na não relação sexual, na impossibilidade das relações. Trata-se de um pai considerado a partir da particularidade de seu desejo e não da universalidade do significante. Neste sentido, *A* mulher, por sua condição de fazer exceção, é paradigmática para a *père-version*²⁵, de modo que cada pai se faz no um a um da transmissão que opera de sua versão de gozo a partir da mulher que elege. (LACAN, 1974/2003).

Para Adriano, houve um pai que soube se fazer exceção, sustentando seu desejo em relação a seu filho. Isso não foi sem efeitos para este jovem.

4.2. A identificação com o falo: um jovem sem limites

Voltando ao texto das “Duas Notas”, Miller (2014) propõe a seguinte orientação para sua leitura: ou o sintoma da criança aparece do lado do par parental ou, aparece do lado da mãe. Na primeira situação nossa referência é fálica, seja ela no campo da neurose ou da perversão, e na segunda este índice está foracluído. Esta orientação nos coloca em condições de discutir o caso de Jonas, já que este jovem está inscrito na função fálica, mas sua subjetividade parece operar clinicamente identificando-se ao lugar de falo da mãe.

Desde o momento em que o pai de Jonas pede à mãe que interrompa a gravidez, e ela lhe nega este pedido, toma a criança literalmente como sua, o que parece fazê-lo surgir como um fetiche materno. (RAMÍREZ, 2012) Jonas foi criado por sua mãe e seu companheiro que, às vezes, chamava de pai. Segundo explica a técnica de referência, ela atendeu “[...] esse pai,

²⁵*Père-version*: Pai versão, ou, versões do pai, tal como escreve Lacan (1974) no “Seminário 22”.

que é padrasto, e ele falou que ela não permite a entrada dele, que ela não deixa ele corrigir.” Segundo Jonas, a mãe também favorecia que se burlassem os limites quando estes eram colocados.

“Quando eu estava de castigo minha mãe dizia: Você vai ficar um mês sem andar de moto. Falava isso na frente do meu pai (se refere ao padrasto). Meu pai virava as costas e eu dizia: Ô mãe, deixa eu dar uma voltinha... uma voltinha só, meu pai não vai saber... Então, toma! Toma a chave aqui. Mas, seu pai não pode saber, não! Eu sumia. Não me achava mais, não. Ela também não ligava pra isso mais, não. Aí quebrava meu castigo. Por exemplo, vídeo game, igual, ela ficava nervosa e dizia: Você não vai jogar vídeo-game, você não vai sair, não vai isso, não vai aquilo! Eu dizia, tá bom, você já falou. Aí passava dez minutos, aí passou o *estres*, aí eu já ia e ela não falava nada não. Ela me dizia: Eu falei que você não ia jogar vídeo game, né? Eu: Ah, mas só um pouquinho, daqui há pouco eu paro. E aí ficava por isso mesmo...”

Um curto circuito nas relações amorosas é o que nos apresenta este segundo modo de identificação do sujeito na relação com o Outro parental. É como falo ϕ da mãe que a criança aí se apresenta. Ser reclamada no lugar de falo é algo que se aplica tanto a neurose quanto a perversão (RAMÍREZ, 2012), mas, para esta última, a questão que se coloca é que “[...] sem a operação do Nome-do-Pai, *a priori* na neurose, a criança responde à pergunta pelo desejo materno.” (p.59, tradução nossa)²⁶. Trata-se da pergunta que, em “Subversão do sujeito e dialética do desejo”, Lacan (1960/1998, p. 829) escreve que retorna do Outro ao sujeito: “O que o Outro quer de mim”, “*Che vuoi?*” Um certo brilho fálico sempre rondou a relação entre os dois, e isso parece se refletir em seu mito particular. Durante a entrevista que realizou conosco ele pôde nos dizer o quanto acreditava que a mãe era orgulhosa dele, o quanto era amado. Acreditava que, quando criança: “[...] ela deixava quebrar os castigos por que eu era bonzinho, satisfazia ela em muita coisa, minha mãe tinha orgulho demais, é por isso que ela não dava os castigos.” Embora ele também dissesse que a mãe tinha orgulho dos outros filhos, tudo indicava que com ele, havia algo a mais. Algo relativo aos limites, ou, a falta deles, se veiculava através do amor materno, o que não se observava em relação aos outros filhos, um garoto poucos anos mais novo que Jonas e uma menina de três anos, ambos filhos da relação que sua mãe teve com o padrasto. A esse respeito, escreve Lacan:

“Todo o problema das perversões consiste em conceber como a criança, em sua relação com a mãe, relação esta constituída na análise, não por sua dependência vital, mas pela dependência de seu amor, isto é, pelo desejo de seu desejo, identifica-se com o objeto imaginário desse desejo, na medida em que a própria mãe simboliza no falo”. (LACAN, 1957-1958/1998, p. 561).

²⁶ [...] Sin la operación del Nombre de Padre, *a priori* em la neurosis, el niño responde a la pregunta por el deseo materno.

Um certo *plus* se fazia presente através deste amor sem limites. Apesar da vida modesta que levavam, Jonas deveria ter de tudo. “Minha mãe sempre me deu tudo. Nunca fui de trabalhar, nunca trabalhei, minha mãe sempre me sustentou. [...] Minha mãe nunca deixou faltar nada não, já tive moto, tive roupa ...” As dificuldades de Jonas com os limites pareciam passar pelas dificuldades do Outro materno com os limites de seu amor. Freud (1910/1996, p. 123) ressaltou a dimensão amorosa entre a mãe e a criança, quando esta é colocada no lugar de falo. Uma “ternura fatal”, como disse, em que a mãe tenta satisfazer-se colocando a criança no lugar de quem pode fazê-lo, ao mesmo tempo em que quer compensá-la do que supõe ter sido, para ela, uma ausência. No caso de Jonas, um pai. Nas contribuições de Zenoni (2007) ele destaca que quando a mãe não está privada de seu objeto de desejo ou, quando seu desejo não a divide entre o filho e sua feminilidade, a criança corre o risco de ser aprisionada como objeto de desejo materno.

Obviamente, trata-se de processos inconscientes em que, no texto das “Duas Notas”, Lacan (1969/1986) explica se tratar da saturação que a criança faz no modo de falta em que o desejo da mãe se apresenta, independente de sua estrutura clínica, seja ela psicose, neurose ou perversão. Sobre este aspecto, Ramírez (2012) escreve que a mãe desconhece o desejo e a verdade que a criança representa, pois, ela aliena em si o acesso a esta verdade.

Somos aqui levados a entender como fica a Metáfora Paterna quando a criança é colocada no lugar do falo da mãe. Ramírez comenta que no texto das “Duas Notas” não há uma resposta específica para isso, mas, em suas considerações, ele explica que...

“[...] quando a incidência da Metáfora Paterna coloca o signo $-\phi$, ali o falo tem uma função imaginária e se trata da neurose. Se não há inclusão do $-\phi$ no objeto a , por ausência da função paterna, se apresenta o objeto real do fantasma da mãe e estamos diante da psicose. Finalmente, quando não há $-\phi$ na Metáfora Paterna, pelo desmentido da castração materna que se opera frente ao imperativo da Metáfora paterna, surge a perversão [...]” (2012, p. 60, tradução nossa)²⁷.

Decorre daí uma dissociação entre a lei e o desejo e a identificação com o falo gera uma dificuldade no reconhecimento do outro sexo. Quando Jonas aceita fazer seu primeiro tratamento, no CAPSi, seu objetivo naquele momento era unicamente “[...] ficar bonito”, novamente. Já havia iniciado suas primeiras experiências homossexuais em troca de dinheiro. Dizia gostar de mulheres, mas, “não tinha nojo” de se relacionar com homens. Como observa

²⁷ Cuando la incidencia de la metáfora paterna coloca o el signo $-\phi$, allí el falo tiene una función imaginaria y se trata de la neurosis. Si no hay inclusión del $-\phi$ en el objeto a , por la ausencia de la función paterna, se presenta el objeto real del fantasma de la madre y estamos ante la psicosis. Finalmente, cuando no hay $-\phi$ en la metáfora paterna, por el desmentido de la castración materna que se opera frente al imperativo de operación de la metáfora paterna, surge la perversión.

Ramírez (2014), é possível que a homossexualidade na adolescência seja uma prática ocasional, bem como que ela surja sobre o fundo da disposição bissexual. Mas, fazendo referência a Freud (1910/1996), o autor também destaca que, na homossexualidade masculina, o sujeito pode dirigir-se a uma mulher, desde que seja na condição que ele reconheça, ali, a presença do falo.

Para Laurent (2003), a perversão é um modo de resposta que possui uma ambiguidade. Ela se faz notar especificamente pela presença da operação fálica. Lacan (1960/1998, p.838) escreve que “[...] a perversão assinala uma recuperação da função fálica [...]” ao mesmo tempo em que faz do sujeito instrumento do gozo do Outro. Trata-se do Outro materno, na condição de barrado, e da relação que se estabelece aí na medida em que, pela fantasia, o objeto *a* se apresenta de modo a incluir o falo: “Ter um lugar de falo para a mãe é uma fórmula desenvolvida para a neurose que permite elucidar a perversão como curto-circuito da fórmula” (p. 58, tradução nossa)²⁸.

Isso se dá pelo fato de que, diferentemente da neurose, na perversão a operação do Nome-do-Pai fica inoperante, pois, não há a incidência de um menos no signo do ϕ , deixando a criança exposta de modo mais direto ao desejo da mãe por encarnar o falo. É o desmentido, *verleugnung*, da castração materna. A identificação com o falo materno, implica o pai, tendo em vista que, a inscrição fálica se faz presente porque “[...] o falo é assim mesmo um semblante na medida em que testemunha o pai.” (MILLER, 2001, p.176)²⁹. Mas, no caso de Jonas, encontrar uma versão de pai para o jovem surge como direção do tratamento, já que por esta via a equipe do serviço de saúde mental faz a aposta de tentar substituir o semblante do falo por um semblante do pai.

“[...] por mais que ele (o pai) não queria saber, ele (Jonas) poderia buscar esse pai e saber por que esse pai não foi pai, pelo pai! Por que ele não quis ser pai. Pedir uma resposta pra ele, não é, por que ele (Jonas) coloca isso como uma questão. Então, a gente coloca isso pra ele, dele mesmo buscar com o pai dele. É pai dele, ele tem direito de saber.”

A mudança que permite alguma construção neste sentido se mostra através do declínio da imagem de “bandido” e de garoto poderoso que sustentava com o uso da cocaína. Em suas palavras ele nos conta que um colega se referiu a ele nos seguintes termos: “[...] Você era bandidão! Eu disse, é... Você parece crente da igreja agora, está usando óculos.” Jonas se desfaz da arma que teria adquirido e também das indumentárias que ornamentavam seu corpo

²⁸ Tener un lugar de falo para la madre, es una fórmula desarrollada para la neurosis que permite dilucidar la perversión como cortocircuito de la fórmula.

²⁹ [...] el falo es asimismo un semblante en la medida en que testifica al padre.

de “bandido.” Mas este lugar ainda lhe dividia. Seduzia-o de um lado, e aterrorizava-o de outro. Um de seus companheiros chegou a lhe dizer:

“[...] é o seguinte você tá ligado que quem começou a traficar nessa parada aí foi nós, desde pequenininho. Eu disse: Não, mas essa galera aí, se você quiser botar fogo de novo aí ...! (O amigo) Você tá ligado que essa parada não é minha não, é nossa! (Jonas) Pois é, é isso mesmo, eu esperdicei. (O amigo) Mas você tá ligado que se eu voltar a traficar você vai entrar no bolo também. Eu disse: Você sabe que eu vou mesmo, se você chamar pra ir, se chamar pra matar... Eu disse: ô meu Deus do céu... [...] é pra tudo, não tem perdão não, eu vou pra matar ...”

Como um jovem, filho de seu tempo, Jonas tenta se arranjar com os imperativos do gozo. Ele busca o pai, não sabemos se encontra as respostas que precisava, mas, de todo modo, algo se move no sentido de apontar para novas tentativas de dar contorno a um modo de funcionamento subjetivo que parece não encontrar limites.

4.3. A identificação com o objeto: Aline e seu não lugar

No caso de Aline, as questões a que está submetida tornam-se índice da terceira posição apresentada no texto das “Duas Notas sobre a Criança”. Neste caso a questão recai sobre a subjetividade da mãe:

“[...] é diretamente como correlato de uma fantasia que a criança está interessada. A distância entre a identificação com o ideal do ego e a parte presa no desejo da mãe, se ela não tiver mediação (aquela que normalmente a função do pai assegura), deixa a criança aberta a todas as capturas fantasmáticas. Ela se torna o "objeto" da mãe e não tem outra função que a de revelar a verdade desse objeto. A criança realiza a presença do que Jacques Lacan designa como objeto *a* da fantasia.”(LACAN, 1969/1986 , p, 13-14).

Aline é um objeto derrisório: “Se eu morrer não faço falta pra ninguém!”. Esta frase, encontrada em seu prontuário, parecia ter muito mais um valor de certeza para a jovem do que uma demanda direcionada ao Outro. Em “Sobre o Narcisismo: uma introdução”, Freud (1914/1996) chama nossa atenção para o fato de que estamos acostumados a reconhecer a criança no lugar do ideal do eu dos pais, já que por esta via costuma-se veicular todas as projeções que se fazem acerca dos filhos, através do que chamou de amor narcisista. Com Aline isto não ocorre. Na verdade, nos outros casos também vemos problemas quanto a esse ideal narcísico, mas para esta jovem, havia uma radicalidade quanto a um não lugar em relação ao Outro parental. Como observa sua técnica de referência ...

“[...] de fato há muitos meninos que moram na rua, que fazem essa trajetória. [...] a gente tem adolescentes que, no uso de drogas fazem essas saídas pra rua, ficam desaparecidos dois, três dias, mas voltam para casa e aí é todo aquele processo da família tentando resgatar. Mas no caso da Aline... É raro chegar ao serviço, um caso assim, pelo menos na minha experiência. O caso dela é o único que a gente tem com esta particularidade de estar totalmente sem nenhum laço familiar.”

A mãe de Aline nunca compareceu ao serviço e nunca procurou por ela nas ruas. A indiferença com que lidou com os abusos sexuais que a jovem vinha sofrendo, por parte do irmão, usuário de drogas, destituindo-a de casa, também chama a atenção. O que a equipe do serviço tem notícias é que, quando Aline tinha por volta dos treze anos, sua mãe foi convocada a comparecer ao Conselho Tutelar de uma cidade da região metropolitana de Belo Horizonte, por onde a jovem circulava, pelo fato dela ter dado à luz a uma menina, supostamente filha de seu irmão, considerando o tempo da gestação. Desta reunião aparece também a única menção a seu pai, que se tem no relato de seu caso. Dele, não se sabe quase nada, a não ser de uma pensão que dava à mãe de Aline para os cuidados com a mesma. Não se sabe ao certo se este valor era pago regularmente, de quanto se tratava ou, se já era dado antes do ocorrido em relação aos abusos ou, se passa a ser dado depois da reunião com o Conselho Tutelar. O que se sabe é que Aline permaneceu na rua, e pediu que o dinheiro do pai fosse destinado aos cuidados de sua filha. Um pai da realidade, é este o pai que o caso de Aline nos parece apresentar: “Na psicose se encontra desnudado o real do pai [...]” (MILLER, 2001, p. 72, tradução nossa)³⁰. Não se trata, como ressalta Miller, de reduzir o problema da psicose ao déficit, à carência ou à ausência do pai, já que o pai da realidade pode muito bem estar presente, de algum modo. Mas, o pai da realidade não pode se fazer semblante, se seu significante está forcluído.

A ausência dos vínculos familiares, a errância de cinco anos nas ruas, os programas sexuais, o uso de crack e múltiplas drogas respondiam pela total desinserção a qual a jovem se encontrava. Quando a criança não tem valor de ideal, como escreve Ramírez (2012), aparece o valor de gozo que se explica na seguinte frase de Lacan, no texto das “Duas Notas”:

“Aqui, é diretamente como correlato de uma fantasia que a criança está interessada. A distância entre a identificação com o ideal do ego e a parte presa no desejo da mãe, se ela não tiver mediação (aquela que normalmente a função do pai assegura), deixa a criança aberta a todas as capturas fantasmáticas”. (LACAN, 1969/1986, p.13).

Aline parecia estar destituída da possibilidade de poder idealizar algo na subjetividade materna, já que, neste sentido, não tinha qualquer valor de falicização. Sem a mediação paterna que, no seu caso, não se trata de estar inoperante, mas, de sequer ter sido inscrita,

³⁰ En la psicosis se encuentra desnudado lo real del padre [...].

temos a *verwerfung*, em que ocorre uma negação radical, a *forclusão* do significante do Nome-do-Pai. Temos, então, um modo de resposta em que não há sintoma e, sendo assim, não há verdade do par parental. A criança aqui se situa diretamente ligada à subjetividade da mãe: “Ela se torna o "objeto" da mãe e não tem outra função que a de revelar a verdade desse objeto. A criança realiza a presença do que Jacques Lacan designa como objeto *a* da fantasia”. (LACAN, 1969/1986, p. 14). Sem o efeito da significação fálica Aline está entregue à errância que a deixa solta, abandonada, desinserida do Outro. A saída que encontra será de outra ordem, que não pela via simbólica do semblante, mas aquela em que o uso de droga incide sobre seu funcionamento gozoso.

Aline nos ensina, de modo radical, sobre a inconsistência do Outro naquilo que, na dimensão da função de seus cuidados, ela não está considerada, o que lhe deixa sem lugar. Também joga por terra a pretensa relação amorosa e plena que, no senso comum, se espera existir entre mãe e filho. Seu desamparo radical incide sobre a dimensão ausente do desejo do Outro, e isso se dá de modo avassalador para esta jovem. Do lugar de objeto dejetivo, Aline parece estar desalojada da possibilidade de poder se engajar numa resposta ao desejo do Outro e esta falta de âncora a deixa à deriva, lançando-a em um não lugar. Apesar do que escreve Lacan (1969/1986), acerca do fato de que, nestas circunstâncias, nossas intervenções se reduzem muito, o caso de Aline demonstra ser possível a construção de uma possibilidade para que esta jovem saia de um não lugar e construa, minimamente, um lugar que possa ocupar. Seu caso também nos remete ao seguinte comentário de Miller: “[...] a desinsersão social suscita uma especial atenção em relação com a mãe.” (2016, p. 137). Neste caso, o não-lugar no Outro materno mostra todo o seu componente avassalador e que também Maleval (2016) ressaltou ao identificar aí um traço característico, que chamou de clínica do deserto, algo que, não por acaso, nos remete a solidão e errância que acompanharam esta jovem por cinco anos.

Os casos demonstram que nas primeiras experiências de ruptura social dos jovens, sejam elas extremas, ou discretas, o recurso ao objeto droga vai aos poucos se fazendo presente. São nas questões que surgem na relação do sujeito com o Outro que as configurações contemporâneas se apresentam. Nos casos da pesquisa, o encontro do sujeito com a droga, parece oferecer importantes coordenadas que podem servir para a construção de estratégias de ações de cuidado no trabalho que se desenvolve nos CAPSi. O jovem intruso demonstra o peso que esta nomeação pode ter nas relações que estabelece com o Outro no que se refere a seu não lugar; o jovem desinteressado indica o valor que pode ter para o trabalho da instituição um interesse que particulariza o sujeito; o jovem desenganado ensina ao serviço

que a verdade, ainda que não possa ser toda dita, traumatiza, já que o sujeito é dividido, mas também, trata; a jovem sem lugar ensina à equipe a importância de fazer do serviço um lugar, mesmo que de passagem, para a construção de outro possível. O jovem sem limites indica que a via que leva à construção de limites possíveis para seu modo de estabelecer laço social pode oferecer possibilidades para a abordagem de seu caso no CAPSi.

Na verdade, a partir do que ressalta Laurent (2007b), a particularidade dos casos também demonstra que, não sendo a família um fato “natural” (p.14), mas, cultural, e apesar do que supõe a “ideologia edipiana” (p.14), o lugar que cabe à criança nas configurações familiares contemporâneas, lhe atribui uma responsabilidade: “[...] de ter de inventar a família.” A criança tem a função de manter juntos os ideais da parentalidade e o impossível da relação sexual. O aspecto subentendido disso, ou seja, “[...] o que é menos perceptível é que a criança é o último tampão para que não se perceba o buraco no Outro”. (p. 19). Deste modo, situar o lugar da criança na estrutura familiar é pensá-la como um sintoma, não só da estrutura familiar em si, mas, das condições que permitem sustentar a ficção do Outro para o sujeito. É a criança, que existe em todo sujeito, quem paga esta “libra de carne” (p. 16), já que, como demonstram os casos, é no corpo que isso se efetiva. No caso deles, a desinserção é o paradigma.

Passemos agora a verificar nas especificidades do uso de drogas e da toxicomania, tal como apresentam os casos, questões que possam favorecer a não reprodução da desinserção no tratamento.

5. USO DE DROGAS, TOXICOMANIA E A EXTRAORDINARIEDADE DOS CASOS

O encontro com o objeto droga suscita, como demonstram os casos, a problematização das questões relativas à toxicomania e ao uso de drogas. Isso também pode ser abordado pelo viés que identifica o momento em que o uso pode virar uma experiência toxicomaníaca. Conseqüentemente, estas discussões levantam questões acerca do diagnóstico, sua função e seus efeitos nas dificuldades de adesão ao tratamento dos jovens. Interessa-nos discutir aqui as particularidades clínicas e diagnósticas do uso de drogas em cada caso da pesquisa, problematizando o modo de considera-las, tendo em vista, que podem implicar em obstáculos à particularização dos casos e às dificuldades de adesão ao tratamento.

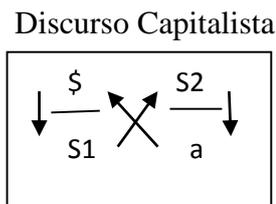
No início de seu ensino, Lacan (1955-1956/1985) situava a importância dos tipos clínicos que a psicanálise herda de Freud, sem deixar de problematizar aquilo que eles sustentam para cada sujeito, porque aí está o caso único. Esta perspectiva está presente desde Freud e segue viva na orientação lacaniana, ainda que os manuais classificatórios da atualidade possuam lugar hegemônico nos modelos de clínica atuais. Deste modo, tendo em vista a interface entre a atenção psicossocial, no que se refere ao campo da Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, e as contribuições da psicanálise de Freud e de Lacan que norteiam esta pesquisa, há a preocupação com o caso único marcado por seu modo de funcionamento gozoso, no ponto em que os casos circunscrevem uma relação específica com o laço social.

Na busca por aquilo que faz cada caso da pesquisa ser extraordinariamente único, se faz necessário partirmos do modo com que a psicanálise aborda a questão da toxicomania. Conforme escreve Naparstek (2008), a relação do sujeito contemporâneo com a droga nos permite estabelecer a seguinte distinção: de um lado, temos a história da droga que é milenar e coincide com a história da humanidade e, de outro, a história do homem com a droga. Neste ponto se situa a toxicomania como um fenômeno contemporâneo que remonta há pouco mais de cinco décadas. Paradigma da hipermodernidade, para usar um termo de Lipovetsky (2004), a toxicomania leva o sujeito a vivenciar uma relação com a droga que difere dos modos circunscritos a rituais e cerimônias observadas nos diversos povos, em outras épocas, distintas da nossa. Trata-se, como escreve Laurent (2014), de um modo de se relacionar com a droga, marcado por um imperativo gozoso e generalizado, que se faz notar em escala planetária. Deste modo, comenta Miller (2009), as adições ocupam lugar no contemporâneo por não serem apenas modismo de nossa época. Nas adições, a exemplo da toxicomania, encontramos recursos buscados pelo sujeito, para uma compensação pulsional facilmente acessível, da qual se vale cada vez mais, para lidar com a falha estrutural na satisfação, que

emerge a partir da relação com o Outro.

Aline, Marcelo, Willian, Adriano e Jonas são casos singulares de adolescentes do século XXI, que encontram no uso da droga, meio para lidar com as questões que cada um é convocado. Suas histórias com este objeto evidenciam um tempo, que é o nosso, em que os modos de vida solitários prevalecem no horizonte do laço social (FERRARI, 2007). O discurso Capitalista, “[...] evidencia a dificuldade dos laços sociais, sobretudo porque favorece a passagem da fantasia, máquina de produzir solidão, à realidade.” (FERRARI, 2008, p. 23). Estes jovens vivem nesta realidade social, que acentua a solidão inerente à constituição subjetiva.

Na perspectiva apresentada por Lacan, o discurso Capitalista se expressa por uma derivação do discurso do Mestre. Mas, ao contrário deste e dos demais, a saber, o discurso do Analista, da Universidade e da Histórica, o discurso Capitalista não faz laço social. (1969-1970/1992)



Nesse discurso, Laurent (2014) ressalta que o objeto *a*, enquanto produto, representa os objetos disponíveis no mercado de consumo os quais, na economia libidinal do sujeito contemporâneo, tende a produzir o imperativo do gozo, o mais de gozar. Ele nos remete ao texto de Lacan, “Radiofonia”, para dizer que o lugar da produção, no discurso Capitalista, só pode ser mesmo ocupado pelo objeto *a* já que, “[...] o significante não é apropriado para dar corpo a uma fórmula que seja da relação sexual” (1970/2003, p. 411), ou seja, uma fórmula do todo.

Ramírez (2007) escreve que o capitalismo produz e se faz valer da falta, já que também promete os objetos para tamponá-la. A droga, assim como qualquer outro objeto amalgamado na subjetividade através da lógica do consumo, é um deles. Por isso, ao engendrar um discurso que não faz laço social, o sujeito se mantém solitário e prescinde do Outro, mantendo-se em uma auto circularidade contínua, repetitiva e mortífera.

Na perspectiva do caso único nos deparamos com o que Ferrari (2008) ressalta como a arte de diagnosticar e dirigir um tratamento. Arte, porque se faz no um a um, um a cada vez e, direção do tratamento, porque este rumo está inteiramente ligado ao modo com que se concebe o sujeito no tratamento. Tanto para a psicanálise, quanto para o campo da atenção

psicossocial estes aspectos circunscrevem questões delicadas, complexas e espinhosas que, obviamente, podem refletir nas dificuldades de adesão ao tratamento.

Nos serviços que, como os CAPSi, se destinam a cuidar do sofrimento psíquico, nele inserido aqueles decorrentes do uso e abuso de drogas, a abordagem dos casos em geral passa pelas questões diagnósticas que implicam as diversas tradições da clínica psiquiátrica. Em seus atuais modelos hegemônicos, sustentados por perspectivas biológicas, descritivas e do comportamento, a noção de subjetividade supõe indivíduos plenos e indivisíveis, auto controlados, e controláveis. Nesta lógica, o DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) e a CID-10, (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008) são referências em que podemos reconhecer um esforço, realmente imenso, do campo “psi” que se autodenomina científico, de nomear, classificar e objetivar as manifestações da subjetividade humana, na busca por extrair dela um objeto “puro”. Não sabemos até onde pode ir este esforço, mas sabemos que a última edição do DSM V, como já foi dito em outro capítulo, possui mais de quatrocentos diagnósticos.

Na prática é fato que estes modelos diagnósticos são ferramentas importantes para a gestão pública. Mas, não se pode duvidar do quanto retroalimentam a lógica do consumo promovida pela indústria farmacêutica, bem como do modo com que fundamentam intervenções que põem em evidência mecanismos clínicos de generalização e massificação. De modo geral, são requisitados para definir a gravidade do caso, sua classe, seus riscos, sua periculosidade e, até mesmo o que esperar dele, ou seja, seu prognóstico. No que se refere a crianças e adolescentes, a história demonstra que há muitos “sistemas classificatórios” paralelos e informais em circulação, marcados muito mais por ideias eugênicas, higienistas e normativas. O primeiro capítulo desta pesquisa nos permitiu vislumbrar alguns deles. Eles se renovam e não são tão paralelos quanto possa parecer. Atualmente, aparecem, por exemplo, através das nomeações normativas do grande grupo dos distúrbios de conduta.

O primeiro diagnóstico que Willian recebeu, no âmbito da saúde mental, foi o de Transtorno de Conduta não especificado, CID – 91-9 e F98.0, Enurese de origem não orgânica, aos nove anos. O segundo foi CID – F98, Outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância e adolescência, aos treze anos. No caso de Adriano, seu quadro produziu na equipe as seguintes hipóteses diagnósticas: CID F19, Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas, CID F44, Transtornos dissociativos e F20, Esquizofrenia não especificada. No caso de Aline o CID F19 também é o que se adota para dizer do quadro que a jovem apresenta assim que chega ao serviço. No âmbito das políticas públicas, como se

conhece, existe a necessidade e a preocupação com a produção de dados e elementos quantificáveis, capazes de gerar a delimitação de cenários passíveis de atuação. Mas, no que se refere à clínica, seja psicossocial ou, a clínica do sujeito da psicanálise, estes instrumentos, por si só, são inespecíficos em relação à singularidade dos casos.

Sabemos que o modo com que se concebe o caso reflete na construção da prática que se exerce com o sujeito. Segundo Alkimim, o que se observa em muitas situações é que...

“[...] uma vez estabelecido um diagnóstico, não há necessidade de escutar os movimentos do sujeito. Os clichês: deprimido, esquizofrênico, alcoolista, etc., indicam, imediatamente, a conduta medicamentosa e seus complementos: psicoterapia, atenção social etc.” (2008, p. 3).

Mas, se as classificações descritivas *standard* não especificam a singularidade dos casos, a psicanálise ensina que localizar o que especifica “um caso” faz diferença. Isso se verifica em Freud e em todo o ensino lacaniano. Verdade, desejo e gozo, como escreve Santana (2007), não estão presentes na normalização dos manuais diagnósticos, por isso, nesse sentido, são a-normais. Observamos que a psicanálise possui tipos clínicos assim como a clínica psiquiátrica e todo o extenso campo psicopatológico (FERRARI, 2008), mas, a toxicomania não é um deles. O modo de abordá-la encontra lugar na medida em que ela se articula ao modo de funcionamento gozoso do sujeito no tipo clínico que apresenta, seja ele neurose, psicose ou perversão.

Viganó tem um texto de 1999, “A construção do caso clínico em saúde mental”, muitíssimo citado, que nos parece bastante útil para a discussão que empreendemos aqui. Ele ressalta, por exemplo, que o caso social, aquele que vem pelas demandas da ordem pública, é conduzido pelos operadores, mas, quando falamos de caso clínico, referenciados pela psicanálise, este é conduzido pelo viés que se estabelece a partir do sujeito. Na perspectiva da psicanálise, o caso clínico não exclui o caso social, mas, é justamente a condição para que exista o caso clínico. Ressalta que os lugares que acolhem sujeitos, no momento da crise, seja ela neurótica ou psicótica, evidenciada por emblemáticas dificuldades com o laço social, podem oferecer uma chance clínica preciosa para o sujeito. Para fazer frente aos vários saberes especialistas que falam pelo caso, Viganó (1999) propõe que o caso surja como operador da prática, através do que chamou de, a autoridade clínica. Isso dialoga com o que preconiza a política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no que se refere a tomar a criança e o adolescente, “antes e primeiro que tudo [...]” (BRASIL, 2005b, p.11), como um sujeito. Trata-se do sujeito em suas dimensões sociais e psíquicas. O que Viganó ressalta é que, a direção do tratamento deve se valer do saber que se produz a partir da singularidade do

caso, para daí, com os recursos que o campo de atuação oferece, ou que pede para serem inventados, se construam as medidas e intervenções necessárias. A construção de um caso dentro de uma equipe tende a evidenciar a relação do sujeito com o seu Outro e é aí que se encontra a chance clínica preciosa. Não se trata somente de colocar em evidência se o sujeito é neurótico, psicótico ou perverso, tampouco se é usuário de drogas, mas o modo pelo qual suas relações sociais são pautadas, e isso permite a construção de um discurso, de um enlaçamento possível.

Na atenção psicossocial infanto-juvenil pode-se dizer de uma pergunta clássica que, claramente, acaba por distinguir dois lados desta prática clínica: É psicótico ou usuário de drogas? É preciso pensar se ainda cabe esta pergunta na clínica contemporânea, ou até mesmo se em algum momento ela fez sentido. Faz sentido pensar que o uso de drogas só atinge alguns tipos clínicos? Há ainda outro aspecto a ser ressaltado: quando não se está alertado para o paradigma que o uso generalizado da droga implica, em nossa época, o enfoque das intervenções recai muito mais sobre a droga e em suas propriedades, do que propriamente no conhecimento de quem é o sujeito que faz uso dela. Em outro trabalho, em que Viganó (2008, p.1) aborda mais diretamente a questão da toxicomania, ele afirma que esta é uma clínica em que não há correspondência clara com as “[...] estruturas terapêuticas”. Por outro lado, não deixa de destacar que é possível observar a prevalência de um duplo diagnóstico: aquele baseado numa concepção moral do comportamento desviante, e outra designada pela noção de doença. Do lado da psicanálise, ele ressalta o modo com que o corpo é subjetivado pelo sujeito através das pulsões, e ressalta como isso é negligenciado pelas perspectivas mais objetivas e atuais da prática médica, bem como pela própria psicologia que estabelece uma disjunção entre corpo e psíquico. Uma anti-clínica é como se refere às práticas que não se orientam pela subjetividade. Acrescenta que não se trata de se opor, ou negar o conhecimento neurobiológico, mas, de considerar que para cada evento neuroquímico das substâncias há, na carne subjetivada do corpo do sujeito, efeitos particularizados de significação. Essa questão fundamental, expressa nas considerações do autor, elucida o modo com que é possível abordar, nos sujeitos da pesquisa, a relação que estabelecem com a droga a partir da desinserção de seus corpos.

A adolescência, ou melhor, a puberdade, é um tempo que esclarece a infância do ponto de vista pulsional. Se há uma crise da adolescência, como escreve Viganó (2008, p.7), ela concerne ao fato de que este é o tempo de “[...] organizar a decisão não mais adiável sobre a própria identidade sexual na relação de amor com o semelhante e, por isso, com seu corpo.” Quando o sujeito não tem, ou não encontra recursos para enlaçar aquilo que emerge no real,

ou seja, quando não pode fazer desta crise um sintoma, busca substitutos protéticos para isso. É o que demonstram os casos da pesquisa. As dependências patológicas, entre elas, a toxicomania, vêm no lugar da construção de um sintoma neurótico. Nestas condições, impõe grandes dificuldades para o laço social, porque ao se referir às satisfações mais ligadas ao corpo, rompe com a lógica fálica. Um destes efeitos é justamente o adiamento da entrada na puberdade, prolongando o período da latência. Tendo em vista que, pela via da droga, o sujeito se satisfaz sem passar pelo Outro, instaura-se aí diversos modos de experiências desconectivas, o que também se observa nos casos da pesquisa. Isto explica a ausência das relações amorosas nos casos de Marcelo, Willian, Aline e Jonas, e reafirma que o modo com que Adriano se relaciona com a droga não pode ser pensado na mesma vertente dos demais casos.

Os impasses da impossibilidade das relações parecem ainda mais emblemáticos na clínica da toxicomania, pois, impõem consistentes desafios à atenção psicossocial e a seus operadores. Cabe abordar as considerações da psicanálise acerca destas questões, a partir de sua lógica e de seus efeitos no sujeito.

5.1. O sujeito em Lacan e o paradigma da não-relação

A questão da toxicomania, tal como a articulamos às experiências de desconexão social dos sujeitos da pesquisa, nos leva a revisitar alguns aspectos da teoria do gozo no ensino lacaniano.

No legado freudiano encontramos uma noção de subjetividade pautada pela presença do que se chamou a outra cena, a do inconsciente, da atemporalidade, da dinâmica pulsional, do princípio do prazer, e do mais além de seu princípio. Mas, a noção de sujeito em psicanálise é tributária a Lacan. Ao longo de seu ensino o termo passou por diversas formalizações que nos levaram a conhecê-lo como sujeito da falta, do significante, do inconsciente. Por muito tempo, como escreve Miller (2008, p.163), suas aparições foram tão frequentes, que “[...] fomos formados para falar do sujeito, para nos referirmos a ele”. Mas, a partir do Seminário 20, de Lacan (1972/1985), observa-se uma mudança que altera a premissa conceitual do sujeito que advém de um efeito de linguagem, instaurando outra que não a nega, mas que também não se reduz a ela, pois, insere a prevalência do gozo. A introdução do termo *façasse* em seu ensino indica, segundo Miller (2008), que ela comporta a noção de sujeito falta-a-ser, mas a ultrapassa. A partir do capítulo V, do Seminário 20, Miller (2008a) percebe um divisor de águas para a noção de sujeito.

“[...] a partir do Seminário Mais, ainda, no que se segue, podemos dizer que o termo sujeito já não alcança Lacan. Posto que o termo sujeito nesse momento é tomado como morto, como esvaziado de gozo, se faz necessário agregar-lhe uma relação com um resto de gozo, retomando a fórmula do fantasma. [...] Portanto o verdadeiro centro de atenção de Lacan a partir desta data é o ser falante que inclui o corpo, por que dali em diante não pensa mais o inconsciente sem a pulsão” (MILLER, 2008a, p. 164).

Lacan ressalta a relação do gozo com o corpo dos seres falantes, demonstrando que aí se encontra algo intrínseco. A necessidade de que haja um corpo, desde que seja de um ser falante, tocado pela linguagem, se explica porque é isso que faz com que os seres falantes gozem, e os demais seres vivos não. Em suas palavras: “[...] a dimensão inteira do gozo, a saber, a relação deste ser falante com seu corpo – já que não há outra definição possível do gozo – nada parece haver dado conta de que é nesse nível que está a questão.” (1971/2012, p. 22). No “Seminário 23”, em que Lacan (1975/2007) considera o inconsciente estruturado como real, o sujeito continuará sendo efeito do significante, mas, essencialmente é considerado como um ser de gozo. A noção de *fallasser* comporta, assim, a disjunção entre o sujeito do significante e o sujeito do gozo numa mesma definição. Um sujeito do gozo não é desubstancializado, já que as experiências de gozo, só se inscrevem no corpo.

De modo geral, a psicanálise compreende o gozo por uma vertente paradoxal, ou seja, é um modo de satisfação que passa pela via do desprazer. Embora o uso do termo, tal como Lacan o cunhou, não esteja presente em Freud, este mesmo paradoxo pode ser encontrado no modo com que concebe o sintoma, a pulsão de morte e mesmo o princípio do prazer. Estes conceitos, em Freud, como escreve Lacan (1975/2007), não possuem nada de hedonistas.

No Seminário 20, Lacan (1972/1985) trata o gozo no campo jurídico para dizer que, na civilização, é o direito que organiza o gozo no sentido de distribuí-lo e não centralizá-lo, de modo que há, em nossa sociedade, o que se chama de direito ao gozo. Em “Totem e Tabu”, em que Freud (1913/1996) situa o horror ao incesto como origem da civilização, não há exatamente uma distribuição do gozo, mas a renúncia a uma parte dele, uma perda a que todos precisam se submeter.

No intuito de recompor, as formalizações que concernem ao gozo, Miller (2012) estabelece seis paradigmas do gozo, presentes no ensino lacaniano. Há neles avanços, rupturas e retomadas que demarcam o movimento de conceber o funcionamento da subjetividade que a noção de sujeito implica. O último destes paradigmas é o da não-relação, cuja fundamentação está situada no “Seminário Mais Ainda”. Este paradigma é contemporâneo ao tempo do Outro que não existe, ou seja, do tempo em que o Outro, o Nome-do-Pai e o falo, se desmoronam como semblantes e se reduzem, separados entre si, a meros conectores. A

disjunção que funda este paradigma se evidencia pelo que se conhece no ensino lacaniano através da não existência da relação sexual. A lógica implícita na expressão, Outro que não existe, também se insere na época do discurso Capitalista, já que, diante do desmoronamento dos semblantes o sujeito se vê na iminência de buscar no mercado, um objeto que faça suplência no real ao mal estar estrutural. No caso dos jovens da pesquisa este objeto é a droga. O discurso Capitalista que aí se estabelece permite ao sujeito cair na armadilha da crença da existência das relações, o que é, naturalmente, paradoxal. Tendo em vista que a relação sexual é da ordem do impossível, sem o Outro, não pode haver laço social possível. Esta não-relação se mostra pela constatação da existência do gozo, propriedade de um corpo vivo, passível de discursividade, mas, que pode estar disjunto do Outro, produzindo um corpo solitário. A não-relação surge, assim, como um fundamento do indivíduo contemporâneo.

Com este paradigma, Miller (2012) demonstra que todo gozo que se mostra efetivo, é gozo do corpo, e assim, está apartado do Outro. Uma versão deste gozo Uno, é o gozo fálico, o gozo do idiota, do solitário. É um gozo que, literalmente, não serve para nada, já que, em sua essência, não tem utilidade alguma para o sujeito. O gozo da palavra e o gozo sublimatório são também vertentes do gozo Uno.

Tudo isso torna problemático pensar o gozo do Outro, ou seja, o gozo sexual, que é o gozo do Outro corpo diferentemente sexuado. Miller (2012) não está certo de que ele exista, mas, se existe não pode se equivaler ao gozo do Um, visto que o gozo sexual estabelece laço social. Dizer que a relação sexual não existe é considerar que, no fundo, o gozo como tal, é idiota.

Já no “Seminário 19”, Lacan vai dizer de um gozo que implica uma perda e outro que busca a totalidade: o gozo sexual e o que chamou de gozo puro e simples, que é o gozo como tal. O gozo sexual faz “[...] obstáculo à relação sexual” (1971/2012, p. 31), traz consigo o falo, mas, enquanto significante, já que nos seres falantes é o significante, e não os caracteres sexuais biológicos, que os definem como sexuados. Segue dizendo que tudo que se articula ao significante está no registro da castração. Para Naparstek, neste caminho, o gozo sexual denota a não relação sexual fazendo do corpo “[...] do Outro sexo a metáfora do objeto perdido”. (2008, p. 56).

O gozo puro e simples é discutido através da referência que Lacan faz a Sade cujo gozo se define por usufruir, desgastar seus objetos, não implicando o falo como significante, apenas como órgão. A função do falo, enquanto significante, mostra aqui toda a sua importância, porque sem ela o sujeito não pode estabelecer trocas sociais, e ainda, como afirma Naparstek (2008), é um gozo que pode leva-lo à morte. Um gozo às secas que,

diferentemente do gozo sexual, não traz consigo nenhum complemento, nem o falo, nem a fantasia, nada.

Estas considerações nos permitem constatar que a dimensão do sujeito, enquanto sujeito do significante, é problemática para pensarmos a toxicomania, já que nela temos claramente um sujeito do gozo. Por isso, o termo *falasser* parece apropriado para considerarmos as questões subjetivas que estão aí em causa. “Esse ser que fala” como escreve Miller (1998a, p.163) e o fato de que “[...] suas necessidades estão implicadas em outra satisfação que difere daquela própria à relação sexual [...]”, (p.163) força Lacan a criar este neologismo. Ainda que, habitualmente seguimos falando em sujeito, é fundamental termos em conta que em Lacan, na verdade, se trata de um sujeito do gozo. Alertados de que aí se encontra a diferença fundamental entre o sujeito da psicanálise lacaniana e o sujeito psíquico e social da atenção psicossocial, avançamos na pesquisa, considerando a dimensão da não-relação e de seus tensionamentos que também aqui se inscreve na interface entre a psicanálise e a atenção psicossocial.

Vejamos como a questão do diagnóstico do uso de drogas aparece nos casos de forma paradoxal.

5.1.1. Efeitos desconectivos e diagnósticos paradoxais

Em 1998 o campo lacaniano constatava a necessidade de investigar certos casos que contrariavam a teoria psicanalítica clássica da tripartição estrutural entre neurose, psicose e perversão. Eles também contrariavam, ou, pareciam questionar, as tradições da clínica psiquiátrica em geral. Este contexto deu origem ao título do encontro: “Os casos raros, inclassificáveis da clínica psicanalítica – A conversação de Arcachon”.

Acerca de como refletir sobre o que evidencia estes casos, Miller (1998, p. 104) localiza, no ensino lacaniano, o que chama de duas clínicas de Lacan. Ele recorre a uma fala de Marie-Hélène Brousse, acerca dele próprio, para descrevê-las: “[...] uma estruturalista, outra borromeana, uma descontinuísta e categorial, a outra elástica e fundada sobre uma generalização da forclusão”. A forclusão generalizada é uma expressão encontrada no campo lacaniano para designar as dificuldades que o pai encontra para se fazer exceção no contemporâneo. Se na psicose o sujeito não pode recorrer ao Nome-do-Pai, para o neurótico, a multiplicidade de seus nomes também não será sem efeito. Nesse sentido, “[...] da mesma maneira com que generalizamos a forclusão, é preciso certamente generalizar o Nome-do-Pai” (MILLER, 1998, p. 105).

Na ocasião, Miller (1998) chamou a atenção para o fato de que, na clínica borromeana, a tripartição clássica e estruturalista dá origem a formalizações binárias, neurose e psicose, e não a classificações binárias. Isto porque, a clínica borromeana escapa a classificações. Trata-se, muito mais, de buscar a singularidade de um caso, empenhando-se por demonstrar como o sujeito responde por um tipo clínico e menos pelo que não responde (DEFFIEUX, 1998). Por este viés todo caso é raro e notável.

As duas clínicas, apesar de distintas, são compatíveis uma com a outra. Elas não se definem apenas pela ausência ou pela presença do Nome-do-Pai. Suas diretrizes se assentam no estabelecimento dos aspectos metonímicos e continuados dos modos de gozo, já que os tipos clínicos não recobrem inteiramente a dimensão singular do caso único, tal como indica Arenas (2007). É nesse sentido que o modelo da clínica borromena ressalta o lugar do gozo, para a clínica psicanalítica, e traz importantes contribuições para a formalização do gozo toxicomaniaco nos tipos clínicos, bem como para os aspectos diagnósticos com ou sem a presença do objeto droga.

As observações clínicas, desenvolvidas em Arcachon nos pareceram úteis para a discussão diagnóstica do caso único. Apesar de termos nos valido no capítulo quatro de referenciais que respondem por outro momento do ensino lacaniano, através de textos como “Duas Notas” e “Complexos Familiares, anteriores à clínica borromeana, os motivos para agora tomarmos um caminho, aparentemente distinto, se sustenta nos próprios casos. Na verdade, a nosso ver, não se trata propriamente, de uma oposição, já que as duas clínicas de Lacan se complementam. A importância de situar a criança, presente em cada jovem da pesquisa, no lugar que ocupava para o Outro parental na perspectiva estruturalista, não dava conta, como já notávamos no quarto capítulo, de abarcar algumas questões que surgiram nos casos. Claramente, já se notava ali que não bastava nos pautar pela orientação: há o Nome-do-Pai, ou não há o Nome-do-Pai, ou seja, é neurose ou é psicose. A própria constatação de que a multiplicação dos Nomes-do-Pai faz de seu declínio no contemporâneo, um sintoma social, já denotava a necessidade de buscarmos uma perspectiva clínica que nos permitisse avançar nos casos. Deste modo, não é tão fácil encontrar na clínica atual, um elemento diferencial para o diagnóstico, por isso, a importância de se recorrer à clínica borromeana, na medida em que se tem aí, “[...] mais uma gradação, do que uma oposição definida”. (MILLER, 1998, p. 105).

Além destes aspectos, nas Conversações de Arcachon há algumas considerações estabelecidas por Dominique Laurent (1998) que também nos pareceram preciosas para demonstrar como a clínica do segundo momento do ensino lacaniano dialoga com aquilo que viemos tratando até aqui. Ao ressaltar que na clínica com crianças, geralmente, passamos “[...]”

ao lado da indicação de um desabamento infantil” (p. 174), ela ressalta o quanto negligenciamos aspectos que podem ser esclarecedores para a clínica, e isso vale tanto para o sujeito da psicanálise, como para o sujeito da atenção psicossocial. No que se refere à adolescência, a autora lembra que a maioria dos desencadeamentos psicóticos, ocorrem neste momento e, diante disso, investigamos o que o precedeu, bem como, tentamos identificar a solução que surge posteriormente. Mas, nem sempre encontramos respostas razoáveis para estas questões. Isso pode se dar em função da própria particularidade das desconexões que os casos contemporâneos demonstram ou, ao fato que não se dá o devido valor para certos eventos que ocorrem na infância, tempo que fica relegado ao “[...] privilégio da inflação imaginária [...]” (p.174). Ferreira (2012) também já refletiu acerca disso, quando afirma que a infância e a adolescência são tempos em que tudo está por se fazer, como se já não houvesse ali sinais de um sujeito a trabalho. Dominique Laurent comenta que estas “[...] repostas sucessivas que uma criança preparou com capricho, não são levadas em conta, porque se recupera esses doentes à distância de 25 anos.” (p. 174). Por isso, a autora ressalta a importância de se escutar atentamente a criança. Uma solução neurótica, ou psicótica, segundo ela, “[...] não cai do céu [...]” (p. 174) na idade adulta. Ela é construída lentamente e a infância e a adolescência, certamente, devem ensinar muito acerca disso. Por isso, os desencadeamentos precoces, devem ser considerados em todo o seu potencial de ensinamento para a prática clínica. Não é uma questão preventiva, o que se propõe, mas, um modo de se aprender com o caso a reconhecer pontos de desligamento e prováveis pontos de religamento com o laço social. Deste modo, se mostra perceptível uma perspectiva de continuidade para a discussão dos casos.

Os casos da pesquisa demonstram que suas experiências de desconexão social são de diversas ordens e, na maioria delas, são persistentes. Muitas vezes as conhecemos como momentos de crise em que os sujeitos costumam ser encaminhados a serviços como os CAPSi. No campo acadêmico e da saúde mental, somos formados para reconhecer o desencadeamento de uma crise através de fenômenos que se mostram de modo catastrófico, com rupturas radicais com o mundo externo. Da mesma forma, somos levados a conhecer o uso devastador da droga através da identificação de percursos em que se observa a escalada do uso de substâncias consideradas leves para as mais pesadas. Nos casos, observamos experiências em que os efeitos da droga são percebidos pelo uso que o sujeito faz dela. Como escreve Deffieux, o contexto contemporâneo permite verificar que “[...] muitos casos não classificados, ou mal classificados, atualmente, dizem respeito a essa clínica a espera de polimento” (1998, p. 13). Os casos da pesquisa demonstram crises e desconexões sociais

subjetivas que não advêm propriamente de desencadeamentos súbitos. Podem revelar movimentos progressivamente lentos e que se arrastam por anos, pouco ou nada ruidosos, assim como usos muito particularizados da droga, seletivos, pontuais, como também prolongados e persistentes.

Na vertente mercadológica da sociedade capitalista, como escreve Laurent (2014), a droga é oferecida de acordo com a demanda e o interesse de quem a consome, o que implica em diversas opções de uso, efeitos diferentes, associados a possibilidades e doses diferentes. Willian conhecia a cocaína, tinha fácil acesso a ela, mas sua droga era a maconha. Não por acaso, se interessava por seus efeitos. Esta substância o deixava “[...] tranquilo, tranquilão, só rindo, de boa!”.

Para ele o uso de drogas não parecia trazer maiores questões: “Fumar maconha é bom, uai! Quem fala que não é, é porque nunca usou, né? Quem usou não fala que é ruim, não!”. Conta que também em sua família os pais “não ligavam muito pras coisas” e muita gente usava drogas, o que também não implicava em problemas para eles: “Ah! Falar pra você viu, até que a vida deles é de boa, viu! Pode botar fé que é. Eles têm carro, e é de boa viu, usando droga...”

Willian também conheceu os psicofármacos, substâncias que também podem se tornar um objeto droga para o sujeito, mas nunca gostou de tomar tais substâncias. Na adolescência isso piora com sua recusa a ir às consultas psiquiátricas, porque não queria que este uso o impedisse de ter acesso aos efeitos da maconha. Na entrevista conosco, ressalta a lombeira e a sonolência que sentia, como sensações que lhe permitiam se “desligar das coisas”. Ao longo de seu tratamento, nunca deixou de usar maconha, e nunca negou isso. O que se observa é que oscilava a intensidade deste uso. Quando se sentia bem, dizia fazer uso de “dois baseados por dia”. Ao contrário, o uso da cocaína vinha em momentos de maior instabilidade.

Exceto pela presença da enurese desde a infância, não se pode precisar, em sua história clínica, momento algum, específico, no qual eclodisse, de forma evidente, o início de uma crise, em seu caso, neurótica. Também não se pode dizer de um episódio específico, claramente desestabilizante, que tenha sido motivo para ser encaminhado ao serviço. Isso não quer dizer que não estivesse vivendo um momento crítico do ponto de vista subjetivo. Sua crise parecia se arrastar, ao estilo “tranquilão”, desde a infância. Willian vai e volta ao serviço de saúde mental diversas vezes, e por motivos muito semelhantes: seu desinteresse por tudo, o uso de drogas e os efeitos que se produziam daí. Até a entrada da técnica de referência, as coisas se mantiveram em uma continuidade arrastada, sem qualquer elemento capaz de inscrever uma diferença para o sujeito.

Já no caso de Marcelo a crise que se estabelece é de outra ordem. Trás contornos mais ruidosos e catastróficos, apesar de também comportar muitos aspectos imprecisos. Chama nossa atenção, em termos diagnósticos, a presença de conteúdos persecutórios que orbitavam nas relações do jovem com os serviços de saúde mental, adulto e infanto-juvenil, mas que também se faziam presentes em alguns momentos de sua história clínica. Nos serviços, foram vários os relatos em que Marcelo demonstrava não confiar nos medicamentos que lhe eram administrados, nas pessoas que o abordava e na comida que lhe era oferecida. Quando chegava em casa, comia excessivamente. Há relatos de momentos em que recusava o olhar e o contato com a equipe, respondendo a todas as abordagens de modo muito solícito e desconfiado, dizendo sempre que “estava tudo bem!” Em outros momentos dizia que nos dois serviços de saúde mental, lhe eram negadas as refeições e que, em um deles, era servido para ele e os demais pacientes um tipo de comida, de pior qualidade, e para os funcionários outra, de melhor qualidade. Dizia ter sido agredido: “apanhei até pras mulheres”. Para ele, a relação com o serviço era ameaçadora e hostil. “Foi uma desgraça que me pôs lá dentro. Não sei. Foi o capeta!” Com a pesquisadora, não foi diferente. O primeiro contato também foi de desconfiança. Adiou o quanto pode a conversa, de modo a deixar transparecer que sua intenção era mesmo que ela não ocorresse.

De nosso lado, observamos que mesmo considerando os efeitos confusionais e alucinógenos das substâncias que ingeriu, o aparente discurso persecutório de Marcelo não podia ser considerado, propriamente falando, um juízo falso da realidade, mas algo que concerne ao modo como se inscreveu, para ele, a relação com o Outro institucional. Mas, por uma questão de cautela, a possibilidade de um discurso delirante, aos moldes psicóticos, também não poderia ser descartada, imediatamente. Segundo Carvalho e Barros “[...] todo estudo que vise formular algo sobre o delírio deve partir, portanto, da realidade psíquica que caracteriza a nossa vida de sujeito e não da verdade que se aplicaria a uma proposição sobre a realidade” (2017, p.125). Por isso, delirante ou não, o fato é que o discurso de Marcelo tem o valor de demonstrar que ele não se sentia seguro, não confiava no Outro. Vemos aí aparecer a chance preciosa de compreender o modo com que o sujeito se relaciona com seu Outro, tal como, à pouco, nos referimos à Zenoni (2007), no sentido de se refletir como isso pode ser útil ao trabalho na instituição.

Em que pese todos estes elementos, de fato, não nos pareceu se tratar de uma psicose. Mesmo nas diretrizes categoriais da clínica psicanalítica clássica da psicose, assim como na sutileza da clínica borromeana, não conseguimos localizar, no caso, nada que pudesse responder por experiências equivalentes a fenômenos elementares, fenômenos de corpo, ou

algum tipo de metáfora delirante que indicasse um fenômeno desconectivo com a realidade, aos moldes psicóticos. A sutileza deste caso parecia estar em outro lugar, no lugar que lhe cabe para o Outro, ou seja, de um “intruso”. Havia sim, algo que este sujeito vivia de forma ameaçadora, mas, a nosso ver, se tratava de uma problemática neuroticamente constituída.

Para localizar tal sutileza, isolamos alguns momentos da história clínica do jovem e de suas falas. Há pelo menos três deles no caso. O primeiro, consiste na cena em que a mãe diz que o roubaram dela, aos oito anos, produzindo o desligamento com a mãe biológica, sua ida para a rua e o progressivo uso de drogas. O segundo ocorre aos doze anos quando aparece para a mãe adotiva como um garoto briguento, no episódio de sua briga com a criança pequena, que sua mãe adotiva cuidava para a mãe dela trabalhar. O terceiro momento se localiza na puberdade, quando um ruidoso desamparo se instaura, evidenciado pelo *acting-out* endereçado ao pai. Este ato tem um ponto de desencadeamento. Em seguidas ocasiões anteriores, sempre que o pai ficava bêbado, com o uso da cachaça, ele passava a chamar Marcelo de intruso e, após alguns destes episódios o jovem atua.

Há uma constante ameaça que o remete ao desamparo por não ocupar o lugar que desejava ter nesta família, ou melhor, que desejava ter para o Outro. Sua crise “paranoica” revela, na verdade, o lugar que lhe cabe na trama familiar. Não é por acaso que, sobre o efeito da droga que o pai usava, misturada à sua, Marcelo diz não reconhecer mais seus irmãos, filhos de seu pai adotivo. Também não queria escutar sua mãe e tampava os ouvidos quando ela falava. A droga é o que lhe permite suportar o lugar de intruso que lhe resta. Não tem razões para confiar no Outro ou, acreditar neste Outro que lhe nega um lugar no desejo, se apresentando através de referências instáveis.

Na clínica psicanalítica, segundo Brodsky (2013), o simbólico não circunscreve todo o real e é justamente daquilo que escapa a isso que nos ocupamos. Por isso, o Nome-do-Pai não consegue significantizar tudo e aquilo que ele “[...] não consegue circunscrever é o que nos obriga a delirar o tempo todo, com nossos fantasmas, com nosso sintoma, com nossas crenças” (2013, p. 34). A autora comenta acerca das mudanças da clínica laciana dizendo que nos anos de 1950, era preciso reunir algumas condições para ser louco e, a partir da década de 1970, a loucura é tomada de forma generalizada. O falo, ou a lógica fálica, não impede o sujeito neurótico de funcionar tão louco, ou mais, que o próprio psicótico.

O próprio Lacan (1978/2010) diz que, em certo sentido, todo mundo é louco, todos deliram, até mesmo os neuróticos. O próprio Freud (1924/1996) dizia haver uma perda da realidade tanto na neurose quanto na psicose. Ressaltou, entretanto, que o que importa aí é sermos capazes de reconhecer aquilo que substitui esta perda, para os dois casos. Em ambos

há uma tentativa de reparação. A neurose, em si, é uma resposta em relação ao recalque fracassado, de um fragmento de realidade que o ego tenta suprimir. Uma resposta frente ao afrouxamento da realidade. Na psicose ocorre uma substituição da realidade. Tanto para a neurose quanto para psicose a perda da realidade serve aos domínios do id. “Difícilmente se pode duvidar que o mundo da fantasia desempenhe o mesmo papel na psicose, e de que aí também ele seja o depósito do qual derivam os materiais ou o padrão para a construir a nova realidade”. (FREUD, 1924/1996, p. 209).

Adriano parece nos dar um bom exemplo disso, quando em um de seus últimos atendimentos com a técnica de referência, diz ter vivido “um pesadelo acordado”. A droga parece ter sido o que lhe possibilitou viver este sonho extremamente perturbador, mas, necessário para confrontá-lo com as questões que se impunham com o real da puberdade. Ao acordar de seu pesadelo, parte na busca de outros recursos compensatórios, mas que lhe propiciassem estabelecer laço social.

Antes da crise que o levou ao serviço de saúde mental, Adriano já usava drogas há alguns anos e nunca ocorreram episódios semelhantes que fossem determinantes para seu encaminhamento. Situar algo que tenha desencadeado sua “crise” neurótica é também algo obscuro. Supomos que tenha sido a saída de casa de sua mãe por aqueles dias, já que aí, situava um dos sinais de seu desamparo. Estas saídas eram comuns na infância do jovem e em uma delas, de fato, demorou anos para voltar, e quando o fez trouxe a notícia de que o jovem era filho de outro homem.

Adriano dizia que usar maconha era coisa de quem queria virar alma penada, coisa que não queria que acontecesse com ele. Ainda assim, passou boa parte do início de sua adolescência fumando maconha, usando solventes, experimentando cocaína, se envolvendo em atos infracionais e se colocando em riscos que poderiam, sim, levá-lo a “virar uma alma penada”, como temia.

Quando chegou ao serviço de saúde mental, como conta a técnica de referência, “[...] chegou muito confuso. Não dizia coisa com coisa, de uma coisa ele passava pra outra sem completar o pensamento. Muito desorganizado.” Acreditava que estava sendo perseguido por outros jovens. Com a pesquisadora, tinha certeza de que o alarme do quarto do serviço de saúde mental, onde faríamos a entrevista, era uma câmera que nos filmava. Desconfiava que a pesquisadora estivesse gravando a conversa contra sua vontade. Mas, a ameaça que mais mereceu nossa atenção veio com o medo de ser morto pelo pai. Ele não especificou de qual de seus dois pais estava se referindo. Dizia apenas, que estava com medo de ser morto pelo *Killer*, matador. Acreditamos existir aí uma referência ao pai biológico, que diziam ser

matador de adolescentes e que, inclusive, teria sido assassinado por um.

Adriano dizia frases aparentemente soltas e confusas: “Eu só quero que meu filho nasça! Quero morrer!” “Minha mãe foi estuprada!” “Está com saudade do malandrinho que está morto!” Deixando em segundo plano as coordenadas prescritas pela psicopatologia, a técnica de referência extrai o discurso do sujeito e reconhece, nas falas de Adriano, mesmo confusas e desconectivas, algo a ser construído.

“Então, nas falas do Adriano, mesmo desconexas ele falava algumas coisas, que depois a gente vem compreender, sabe? [...] E há realmente alguma coisa, que ele ainda não consegue construir, sabe? [...] Então assim, a princípio, pra quem está ouvindo, parece um delírio, mas não é um delírio, ele não consegue construir!”

A equipe parecia entender que havia muitas perguntas sem respostas para Adriano, ou, que as respostas encontradas, por ele, lhe angustiavam e o forçavam a buscar meios para suportá-las. É interessante notar que, para a técnica de referência e a equipe, por mais desconectadas que pareciam ser as falas do jovem, elas pareciam dar uma direção de tratamento: “[...] o fato ocorreu, entendeu? E tem a ver com o que ele diz, sabe? É isso até, que nos dá uma luz”.

A clínica psicanalítica, periodicizada no segundo tempo do ensino de Lacan, como ressalta Brodsky (2013), muda o modo com que estávamos acostumados a pensar a neurose e nos leva a relativizá-la em relação à psicose, pondo em questão toda a terapêutica de cura acerca da clínica na qual nos balizávamos. A questão que fica, para estes casos, é que dos três pacientes até aqui mencionados, apenas Adriano consegue contar com o que Miller (1998) chamou de ponto de amarração na vida, um ponto de basta, um sistema de atar. No Seminário 20, Lacan diz: “Um corpo, o de vocês, não importa que outro, aliás, corpo que se movimenta pra lá e pra cá, é preciso que ele se baste” (1972/1985, p. 149). Os casos demonstram, de modo particular, como é tarefa difícil se bastar na vida!

Escreve Zaffore (2008) que, na neurose, quando o gozo toxicomaníaco mostra-se sem limites, a droga vem no lugar do falo, inviabilizando o funcionamento da lógica fálica. Se a droga apenas se engancha ao falo, sem anular sua função significante, algum tipo de laço social se produz. Isso se observa no caso de Adriano e em alguns momentos do caso de Willian. Mas, quando a droga se instala no lugar do falo, literalmente substituindo-o, permite a emergência de um gozo sem limites que, mediado pelo uso da droga, rompe com o gozo sexual.

Há um raro comentário de Lacan na “Intervenção de encerramento da Jornada de Cartéis” em que diz: “Não há outra definição para a droga que não seja esta: é o que permite romper o casamento com o pequeno-pipi”. (1975/1981, p. 119). Este comentário, bastante citado, acabou se tornando uma importante direção clínica para a toxicomania. Ele permite entender melhor que, não sendo um “[...] compromisso, mas uma forma de ruptura [...]” (LAURENT, 2014, p. 20), este gozo não permite reconhecer a toxicomania como um sintoma, pelo menos não aos moldes freudianos.

Os casos que melhor nos ilustram sobre isso são Aline e Jonas.

5.1.2. Psicose e toxicomania

Segundo a técnica de referência de Aline, a equipe do serviço recebe com frequência diversos casos com alguma passagem pelo uso de drogas, mas, geralmente, “[...] o paciente já chega, de forma mais imediata, com mais elementos para você pensar em uma psicose.” Este não era o caso de Aline, já que ela “[...] não tinha assim, de imediato, elementos para a gente pensar em uma psicose”. Mas Aline trazia outros aspectos a serem interrogados:

“[...] o primeiro movimento dela ir embora, ela se arruma toda, com uma outra aparência completamente diferente da que chegou, porque ela chegou assim, muito descuidada, com a poeira do asfalto colada no corpo. Ela junta uma sacola de preservativos, em torno de uns trinta preservativos, aí a equipe fica assim muito assustada por que ela fica com essa questão: ‘quero transar, quero transar’, tenho que ir embora...”

Temos, neste caso, duas questões e alguns poucos elementos que podemos destacar. As questões são as seguintes: tendo em vista que ela era frequentemente tomada por uma imperiosa vontade de transar e usar crack, como se pode apreender o modo com que a erotização surge para esta jovem, e qual é o lugar do uso do crack? Os aspectos destacados são a pobreza de história, de palavras e de simbólico, a errância e um breve relato de uma cena ocorrida durante um pernoite no serviço de saúde mental, que nos parece crucial para o caso.

Relembremos a cena: Na noite que antecedia a vinda de sua mãe ao serviço de saúde mental, fato que não chegou a ocorrer, Aline acorda bastante perturbada, com a sensação de que seu irmão, morto, tocava seu corpo. O efeito deste episódio é que ela desperta tomada pela vontade de ir para a rua, a fim de transar e usar crack.

A expressão pseudo-desencadeamento ou neo-desencadeamento, proposta por Miller (1998), acerca da clínica borromeana, é retomada anos mais tarde, por Castanet e Georges

(2012), para tratar das questões sutis, minimalistas e delicadas que se distinguem do desencadeamento clássico da clínica das psicoses. Independentemente da estrutura, esta perspectiva impulsiona a investigar o que leva o sujeito a manter o funcionamento dos três registros juntos: real, simbólico e imaginário, em todos os tipos clínicos, e não apenas nas questões da forclusão. Uma experiência de corpo acontece no caso de Aline. Perguntamo-nos se poderíamos chamá-la de alucinações cenestésicas ou, como propõe Castanet e Georges, “um gozo deslocalizado” (2012, p. 24) ao qual é convocada, toda vez que se irrompe em seu corpo uma experiência de erotização que não encontra bordas.

Um “[...] exercício desenfreado da pulsão [...]”, nos dizeres de Deffieux (1998, p. 14), também parece ocorrer com a jovem de modo impositivo. Frente a isso, o uso do crack é o que vem dar borda a este corpo, circunscrevendo o gozo do Outro. Na psicose, segundo escrevem Carvalho e Barros (2017), o Outro é um lugar, mas, um lugar de gozo.

Se a experiência relatada por Aline à equipe do serviço de saúde mental não oferece muitos elementos a partir da clínica psiquiátrica clássica, de outro modo, ela nos ensina a reconhecer o gozo psicótico a partir da clínica descontinuista lacaniana. O gozo imperativo e sem limites do qual se mostra tomada evidencia-se através do ϕ_0 , ou seja, da ausência de uma significação fálica capaz de dar contorno ao gozo que a invade, através da figura persecutória do irmão, que a mãe não foi capaz de defende-la, frente a seus abusos. A toxicomania surge no real como suplência à forclusão.

Sua dificuldade para se manter no serviço passava justamente por esta operação que tinha como efeito limitar esse gozo sem limites, típico do tipo clínico da psicose, como escreve Ferrari (2008). Aqui, somos remetidos ao terceiro capítulo, quando dizíamos dos efeitos institucionais que podem levar ao pior, quando o serviço se coloca na função de ser gestor dos desvios do gozo, ou seja, de construir estratégias contentivas ou, mesmo, de trabalhar pelo viés da abstinência. Os impasses na construção de uma direção de trabalho com Aline se localizavam na busca por algo que pudesse fazer suplência à função que ela encontrava com o uso do crack. Há uma legitimidade na solução encontrada por ela, para equivaler os três registros, real, simbólico e imaginário, pela via da toxicomania, mas, esta saída a devastava. Isso convocou a equipe a pensar uma direção de trabalho que a mantivesse viva. Foi a própria Aline quem indicou de que modo isso poderia se dar, na medida em que demanda do serviço um lugar para alimentar e descansar seu corpo. A nosso ver, foi isso que lhe permitiu construir um lugar, tendo em vista que favoreceu outro modo de bordejar seu corpo. Um corpo a ser cuidado é um corpo que conta para o Outro, diferente de um corpo errante e largado...

Castanet e Georges (2012, p.22) ressaltam a importância da localização do ponto de desligamento do Outro, considerando que aí pode se encontrar o elemento que permite estabelecer o ligamento. Desta forma, “[...] permite dirigir o tratamento no sentido de um eventual “religamento”. O cuidado com ela, com este corpo violentado, parece ser o ponto de ligação.

Aline nos possibilita pensar os aspectos relevantes de uma psicose que não parece trazer perturbações da linguagem, não apresenta metáfora delirante, tampouco é rica em fenômenos elementares. Mas, diante daquilo que se tem de sua história, podemos ainda supor que os abusos sexuais sofridos pelo irmão, pode situar o ponto de desencadeamento de uma desconexão radical com o Outro, que durou cinco anos, dos doze aos dezessete. Cinco anos sem demandar nada do Outro, completamente desamparada, e sem receber qualquer cuidado efetivo das políticas públicas, da família ou, de qualquer outra instância.

O gozo toxicomaniaco não convoca o sujeito à sua condição de falta-a-ser, e sim, a um circuito que se esforça para tamponar a falta-a-ser do sujeito, com um mais de gozo. Quando Laurent (2014) retoma a tese lacaniana de ruptura com a lógica fálica na toxicomania, verifica que a ruptura entre o corpo e o pequeno pipi se aplica muito bem para o campo das neuroses, entretanto, para a psicose lhe parece insuficiente já que, neste caso, por uma questão de estrutura, a ruptura com a lógica fálica já está colocada pela *forclusão* do Nome-do-Pai. Na psicose, segundo escreve Lacan (1972/1985), o gozo não tem o colorido do falo, mantendo o sujeito psicótico numa situação bastante peculiar em relação ao laço social, ou seja, muito mais como objeto de gozo do Outro e menos como um sujeito que goza. Aline nos ensina isso ao permitir verificar que ela não goza com o crack, tampouco com a erotização a que é tomada. Ela é objeto de gozo do Outro e isso, antes mesmo de ir para a rua.

Escrevem Greco Lisita e Rosa (2011) que, na psicose, o gozo toxicomaniaco circunscreve o gozo real que, por estrutura, já é sem limite. Da mesma forma, Zaffore (2008) ressalta que esta condição implica em um uso bastante particular da droga. O gozo que retorna ao sujeito Aline pela *forclusão* do Nome-do-Pai, parece encontrar uma delimitação no uso da droga. Este recurso toxicomaniaco na psicose pode tornar-se tão devastador quanto o é na neurose.

Como se vê pelo que demonstram os casos, há diferentes modos de gozo que, por sua vez, também indicam diferentes funções da droga para o sujeito, e permitem situar a passagem do uso, para o desencadeamento da toxicomania, escreve Zaffore (2008). Segundo a autora, ao investigarmos a função da droga para o sujeito, temos também a possibilidade de agregarmos a isso o valor do diagnóstico diferencial que é de fundamental importância para a

clínica. Naparstek (2008) corrobora esta posição ressaltando as implicações distintas da toxicomania, ou, do gozo toxicomaniaco, quando articulado à estrutura. Aline também nos ensina a reconhecer aquilo que na psicanálise lacaniana, não pode ser considerado como uma verdadeira toxicomania, já que o uso do crack não a levava a buscar um mais de gozo e sim, a conter o gozo invasivo do Outro.

5.1.3. Toxicomania verdadeira em um caso clinicamente perverso

“Eu não quero parar de usar droga não. Não quero parar não porque... você vê que é ruim entendeu? Você vê que é ruim, mas parece que você gosta [...]”. A seu modo, Jonas demonstra, com muita clareza, o quanto é possível para o sujeito gostar de algo que pode trazer desprazer. Ao contrário de Aline que buscava com o crack um limite para o gozo, com a cocaína, Jonas buscava um mais de gozo. Apesar de o jovem estar inscrito na lógica fálica, como já dissemos no capítulo anterior, há algo no encontro com o real do Outro sexo que nos levou a situa-lo como um sujeito clinicamente perverso, expressão usada por Miller (2008c).

Desde os doze anos aproximadamente, já usava drogas, mas, o que parece ter marcado seu encontro com a cocaína foi um episódio ocorrido na escola, quando viu as meninas usando. À medida que o uso e o tráfico foram se instalando, ele diz que passou a levar “[...] cocaína para a escola para desandar as meninas.” Mas, o que acabou ocorrendo é que a venda da droga terá como finalidade garantir o seu próprio uso: “Eu traficava pra mim mesmo. Tipo assim, eu comprava a droga no dinheiro e vendia no dinheiro. Quando eu comecei a traficar, eu tinha a droga entendeu? Eu tinha a droga na hora que eu quisesse.” No que se refere às relações que tinha com o Outro sexo, a mulher aparece entre outros objetos que o levavam à busca de um mais de gozo. Ele mesmo diz que passava os dias “cheirando droga, e fumando, e vendendo, e mulher, e o pau quebrando... Tipo assim tinha dia que eu acordava sem saber o quê eu estava fazendo”.

Com os meninos, veio o convite para a prostituição pelo viés homossexual, algo que se manteve nesta vertente: “Tinha uns seis veados que me procuravam direto, não faltavam não. Às vezes eu nem queria ir. Eram fixos, sempre ligavam, não faltava nunca, estavam sempre ligando, *facebook*...” Não se sabe de que natureza eram as relações homossexuais que Jonas estabelecia, se ativa ou, passiva. O que se sabe, em suas palavras, é que os amigos que o convidaram a fazer os programas: “[...] viviam no tráfico e eu andava mais com pessoas que tem mais condição financeira... Eu andava mais com esses meninos entendeu? E eles namoravam *gays* por que os *gays* bancavam eles em tudo”. Na homossexualidade masculina,

observa Ramírez (2014), as eleições de objeto são do tipo narcísicas, ou seja, tomam o próprio sujeito como modelo de objeto. As possíveis variáveis na escolha deste objeto passam por aquilo que o objeto é para o sujeito, aquilo que o sujeito foi, ou, quis ser para o Outro materno. Mas sempre tomam a si mesmo como modelo. O sujeito, conforme escreve Freud (1910/1996), se identifica à mãe e sua relação com o objeto será aos moldes do que ele próprio foi para ela. Como vimos no capítulo anterior, Jonas foi criado pela mãe para ter de “tudo” aos moldes da lógica capitalista e, em seu mito particular, acreditava que “[...] satisfazia ela em muita coisa”. Na verdade, “satisfação” é um significante que se repete algumas vezes no relato deste caso.

Segundo relatos do prontuário, quando estava em tratamento no CAPSi e estava vinculado à Unidade de Acolhimento, UAi, um episódio o teria incomodado sensivelmente. Uma técnica da UAi teria lhe abordado no sentido de perguntar acerca de sua “opção sexual”, fazendo clara referência ao fato de que ele seria *gay*. Esta profissional teria também lhe perguntado se já havia contado a sua mãe sobre isso, o que o deixou imensamente irritado, gerando conflitos e levando os dois serviços a terem que discutir o caso. Jonas nunca se afirmou como um sujeito homossexual e nesse sentido, se faz necessário compreender o modo como a psicanálise considera a perversão. Segundo Miller (2008c), trata-se de uma estrutura altamente complexa e que se define, basicamente por situar os desvios da sexualidade humanizada, de modo a questionar suas normas biológicas. O sujeito psicanalítico mantém relações de objeto que não se definem e não se reduzem a nenhum estatuto biológico. A pulsão, que sempre encontra satisfação parcial, é perversa e, nesse sentido, a perversão parece ser a norma da pulsão. Os sujeitos clinicamente perversos, assim como os verdadeiros perversos, desconcertam o gozo sexual, por demonstrarem que é possível encontrar satisfação sexual nos desvios em relação ao objeto. Nesta clínica, segundo propõe o autor, é preciso opor o desejo enquanto pergunta, ao gozo enquanto continuidade e constância. Jonas sabia que tinha questões com os limites: “Na vida você precisa de limite, sim! Coisa que eu não tinha, eu não tinha limite nenhum”. Seu saber sobre seu gozo parecia se situar aí.

O uso de arma também era outro meio pelo qual o jovem encontrava um mais de gozo: “Já levei revólver pra escola, atirava [...]” Havia tido dois até aquele momento e dizia com visível entusiasmo que adorava atirar: “Conviver com as armas! Dá uma sensação muito gostosa, tipo assim, eu sinto saudade de atirar, gostava muito de dar tiro. [...]”. Relata uma sensação tão boa que “[...] tinha hora que dava vontade de chorar quando você não tinha bala para atirar... Atirar é gostoso demais! É gostoso demais você botar uma arma na cintura”. Sua crença no todo também aparece em seu discurso. Ele começa a entrevista dizendo: “Muitas

pessoas me perguntam, não sei se é o que você quer ouvir, mas... eu conto tudo! Como eu usei, comecei a usar...” Esta frase, é a primeira que Jonas nos dirige. Ela nos remete ao fato de que o Outro não é barrado para o perverso. Isso não significa que seja o Outro do psicótico. Como vimos no capítulo anterior, trata-se do Outro materno não barrado: “O perverso necessita que o Outro exista” (MILLER, 2008c, p. 24, tradução nossa)³¹. Jonas queria contar tudo. Falava muito e queria entrar nos detalhes mais específicos. De fato se esforçou para isso, tendo em vista o tempo que levou para responder a primeira pergunta: quase trinta minutos. Com certeza, também havia um gozo aí.

Miller (2008c) observa que tanto os sujeitos homossexuais femininos quanto os masculinos se submetem a análise. Jonas não desmente isso. Ele se dá conta de sua falta de limites e é disso que ainda vem tratar com sua técnica de referência, mesmo depois de ter sido encaminhado para outro serviço. Da última vez que soubemos que a procurou, o fez para contar que havia se unido a uma mulher e que se via novamente impulsionado a usar cocaína. Queria terminar o relacionamento, mas não conseguia. “Este é o paradoxo do perverso analisante: alguém que tem, em certo nível, uma resposta segura e que, entretanto, está perplexo e trabalha, é sua perplexidade” (MILLER, 2008c, p. 14). Jonas vem a sua técnica de referência tratar de sua perplexidade com aquilo que o movia à cocaína.

Para aqueles a quem Miller (2008c) chama de os verdadeiros perversos a situação é diferente. Para estes sujeitos em que o modo de gozo recai geralmente na forma do sadismo e do masoquismo, do voyeurismo e do exibicionismo, a relação entre desejo e gozo se mostra bem mais radicalizada. Nestes casos, o modo de satisfação que buscam é demasiadamente restrito a seus objetos de gozo, o que não os remete a relação do sujeito com o desejo. Não há o que buscar na figura do sujeito suposto saber já que estes sujeitos conhecem o objeto de sua satisfação e por isso, tem o gozo sempre à mão.

Durante seu primeiro tratamento, mesmo nos períodos em que se recuperou de sua debilitação física e diminuiu o uso de drogas, ou seja, só fazia uso aos finais de semana quando ia pra casa, ainda assim, não parou de fazer programas homossexuais. Mesmo com o pedido da mãe para que ficasse na instituição, ele dizia: “[...] Eu vou sim! Ia e fazia programa e o dinheiro que fazia programa eu usava droga”. A equipe, obviamente, suspeitava que isso ocorria, mas sabia também que aí estava uma dificuldade do jovem não só de adesão, mas de se ligar à vida.

³¹El perverso necesita que el Otro exista.

Logo, este percurso o levou ao momento mais crítico de sua relação com o tratamento. Seguindo seu modo de gozo sem limites, não poderia mais permanecer no serviço e abandona o tratamento. Seu modo de gozo tinha efeitos nocivos e, quando se dá conta disso, o demonstra através do aspecto solitário e empobrecido que sua vida havia se reduzido: “Era só eu e a droga”. Foi neste momento que resolveu procurar ajuda.

“Aí eu via que não dava mais, nossa... Minha cabeça estava cheia, eu não aguentava mais essa vida de tanto usar droga, de tanto traficar, de tanta rapariga, eu escondia... Eu estava cansado e exausto de toda essa vida, de muita bagunça na cabeça, sem dormir, sem comer, eu estava exausto, mesmo! De verdade! Mas, eu usava droga ainda, eu ia na esquina usar droga. Fiquei um mês assim”.

O cansaço físico e a compulsão se inscrevem no corpo, evidenciando o gozo toxicomaniaco: “Essa vida é fria! É gostoso, mas... Ah... Sabe quando você está cans..., numa situação..., achando que os caras vão te matar.... Só cheirando droga?” Algum tempo depois, a morte é vislumbrada pelo jovem como possibilidade de acabar com o imperativo do gozo que lhe exigia cada vez mais, e contra o qual não conseguia fazer resistência. Foi quando começou a pensar: “[...] suicídio já, de verdade, suicídio. Eu falei até que se eu não entrasse aqui (no serviço de saúde mental) na hora, eu ia matar um cara, pra outro cara me matar.” O serviço de saúde mental surgiu como alternativa a esta possibilidade, isso não se pode negar: “Eu queria usar droga, mas não queria morrer, não.”

Notamos que ele foi o único adolescente dos casos que não se queixava do uso dos psicofármacos e parecia fazer questão de usá-los. Mas não era ingênuo quanto a isso: “[...] é tipo uma droga entendeu? Ele (o remédio) está me satisfazendo. O que me satisfazia era a droga, agora ele está me satisfazendo, então é uma droga”. O termo “satisfação” aparece novamente e Jonas ensina que em uma toxicomania verdadeira a satisfação é perseguida através de quantas doses forem necessárias para encontrá-la. Mas, não é qualquer objeto que serve a isso. Tal como ressalta Laurent (2014), na toxicomania há uma escolha do sujeito por seu objeto droga. No caso de Jonas, o único objeto que parecia se opor à não relação sexual, era a cocaína.

A nosso ver, o gozo toxicomaniaco pode ter vindo em resposta ao gozo homossexual, ao real da sexualidade que a puberdade lhe impôs. Sabemos o lugar central que Freud (1910/1996) dá à negação da castração feminina na perversão, mais especificamente, da mãe. A toxicomania parece ser a via que o liga a um gozo fora do sexo. Sobre o gozo toxicomaniaco, na perversão, somos levados ao texto de Miller (1993), “Para uma investigação do gozo autoerótico.” Ali, o autor escreve sobre a homossexualidade masculina,

para dizer que ela exemplifica um encontro sexual que passa pelo corpo do outro com “o” minúsculo, sem que isso implique na diferença dos sexos. Deste modo, no autoerotismo, o casamento do sujeito com o pequeno pipi se assegura pela via da fantasia. O uso da cocaína permitia a Jonas se relacionar com outros homens, mas também, com mulheres. Sem a cocaína, como vimos, o real da não relação sexual o confrontava.

A toxicomania é um gozo fora do sexo, tal como indica Stevens (2004), já que nele, o sujeito não se embaraça com as questões da sexuação. “Assim vemos desprender-se a especificidade do gozo toxicomaniaco que, com efeito, não passa pelo Outro, mas tampouco pelo gozo fálico.” (MILLER, 1993, p. 18).

A incerteza que se faz presente na perspectiva do caso único e na busca em direção ao novo que ele pode conduzir, constitui o caminho pelo qual a psicanálise avança, por vias que se diferem daquela em que prevalece o conhecimento *standar*. Na verdade, a psicanálise também se faz valer do conhecimento *standar*, mas não avança a partir dele. Nas Conversações de Arcachon Miller (1998) observa como um caso tem a propriedade de ocupar o lugar de X, de uma incógnita, que ganha valores diferentes em cada discurso que é situado. Assim, nas classificações diagnósticas da psiquiatria clássica à moderna, nas teorias existencialistas, como cita, aos tipos clínicos psicanalíticos, há classificação. A questão é saber como a psicanálise opera com elas. Na perspectiva do caso único, se há sintomas nos casos, eles não estão necessariamente nos manuais de classificação e padronização diagnóstica, o que os torna inclassificáveis por esse viés. Desta forma, o modo com que cada caso da pesquisa sustenta sua relação com o uso de drogas se constitui como *per-versões* próprias a uma clínica da singularidade.

Miller trata a questão da seguinte forma:

“[...] somos da psicanálise, e precisamos ser, por um lado, nominalistas: o sujeito chega, nós limpamos nossas prateleiras de todas as classificações – as profundas, as chatas, as de três, as de dez – retiramos tudo, e acolhe-se o sujeito em seu frescor inaugural. A este respeito, o nominalismo em sua versão moderna é a fenomenologia. Nem preconceito, nem pressuposto. Toda vez se recomeça do zero. Nisso somos nominalistas.” (1998, p.178)

Esse é o momento em que recebemos o sujeito sem compará-lo a ninguém. Mas também há o momento em que nos referimos a seus sintomas e a seu tipo clínico. Por isso, não se pode considerar todas as classificações apenas como aparências. “Ah! Nesse ponto, somos estruturalistas. Ser estruturalista significa: há espécies objetivas. A estrutura existe. O Outro diz-se que não existe, porém, a estrutura sim.” (MILLER, 1998, p.178) Basta lembrarmos, como diz, da estrutura da linguagem, tão cara à psicanálise. A psicanálise

reconhece esta dimensão singular do caso e daí extrai não tudo, já que está bastante situada a respeito da impossibilidade do todo, mas aquilo que se pode aprender. É uma posição diferente daquela que, ao reconhecer um traço novo, uma resposta nova no sujeito, leva à necessidade de atribuir-lhe um novo código e novas formas de *standartizá-lo* em uma seriação anônima.

A toxicomania, como sabemos, deixa o sujeito em dificuldades para construir um sintoma ou outro ponto de amarração qualquer e isso implica, obviamente, em sérias questões no que se refere ao laço social. As dificuldades de adesão ao tratamento dos jovens demonstram isso, mas, o caso de Willian também nos permite perceber que antes mesmo da entrada da droga, uma dificuldade de vinculação já se estabelecia. A droga é um objeto que serve à desinserção, mas, como vimos no terceiro capítulo, o contemporâneo oferece um contexto particularmente favorável a isso.

O encontro com o objeto droga, em cada caso, permite refletir sobre como se estabelecem as desconexões sociais subjetivas dos sujeitos da pesquisa. Compreendê-las, parece bastante útil ao trabalho nos CAPSi, pois, como demonstram os casos, o caminho para a construção de experiências de vinculação possível, passa pela consideração de como se deu a desconexão e qual a função que a droga veio desempenhar nesta relação.

No contemporâneo, Miller (1998) demonstra que a generalização do pai e seu conseqüente enfraquecimento dá lugar a uma fórmula que o equivale a um sintoma $\Sigma=NP$. “Esta fórmula é o princípio cardeal da clínica borromeana” (p. 106), através da qual, nos permite entender que um dos aspectos mais notáveis em um caso é o modo com que permite verificar que um sintoma pode desempenhar a função, ou, fazer as vezes do Nome-do-Pai. Por isso, o Pai é sintoma de uma época, como escreve Torres (2007), que favorece a emergência de subjetividades desamarradas do laço social. Diante da interpelação a que recebe acerca do que constitui o laço social em sua conexão com o sintoma, Miller responde à pergunta da seguinte maneira: “[...] não posso considerá-la difícil. Eu a resolvo [...] cortando o nó, isto é, suprimindo sua conexão. Considero que o laço social, é o sintoma.” (1998, p.130) É dos desligamentos e das desconexões, com o Outro, vividas pelo sujeito, que surge o sintoma, ou seja, a partir do que falha, e o sintoma tenta reatar, mesmo que por vias paradoxais. Por este motivo, Laurent (2007a) ressalta a importância de se apostar no sintoma. Podemos dizer que ele, nada mais é, que um modo próprio do sujeito de encontrar regulação para seu desamparo estrutural, pela via do laço social e não fora dele. É por meio do sintoma que o sujeito tem acesso ao significante do Outro nele próprio. Adriano demonstrou que esta é uma aposta que vale a pena. Com Willian, apesar de seu abandono de tratamento, algo pôde se esboçar no

sentido. Jonas e Aline, cada um a seu modo, tentam construir seus recursos possíveis, mas, Marcelo, sem a possibilidade de contar com o Outro, permanece intruso e sem lugar.

Passemos agora ao cotidiano dos CAPSi, tal como os casos o apresenta, para buscarmos o que eles ensinam acerca disto.

6. DO DESAMPARO GENERALIZADO ÀS “AÇÕES ESPECÍFICAS” DE CUIDADO

Nosso interesse se volta, agora, para o cotidiano prático do trabalho no CAPSi. Buscaremos situar em quê a questão da desinserção coloca o sujeito adolescente em condições de responder pelo que há de sintomático na prática dos serviços de saúde mental. Já sabemos que as dificuldades de adesão ao tratamento, que eles apresentam, põem em relevo a relação do sujeito com o Outro. Sabemos também que os casos evidenciam coordenadas importantes para o trabalho a ser realizado nos serviços na relação com o Outro institucional. Cabe agora evidenciar a dimensão do desamparo que está aí implicada. Esta dimensão aparece nos casos, confrontando os serviços com o que chamaremos de “ações específicas de cuidado”, parafraseando Freud (1895/1996), quando abordou o desamparo primordial dos seres humanos. Trata-se de como a dialética do desamparo e do cuidado incide sobre a abordagem dos casos da pesquisa, reafirmando uma dimensão que, ao circunscrever as desinserções dos sujeitos como um sintoma social do contemporâneo, nos leva a rever a função do Outro institucional, na medida de seus cuidados, exercidos na realidade social da atenção psicossocial.

Uma interessante contribuição para a análise de como a dimensão do desamparo incide sobre o trabalho institucional é o livro de August Aichhorn (2006), “Juventude Desamparada”. Em seu Posfácio, Tízio (2006) retoma o significante “desamparo” para reafirmá-lo como algo que não se refere apenas à proteção contra perigos externos, mas também aos perigos internos, pulsionais, nos quais a função exercida pelo adulto incide. Trata-se de uma alusão direta aos “[...] efeitos que o abandono ou as dificuldades no exercício da função do adulto podem produzir sobre o sujeito, e que podem ser demonstradas de diferentes maneiras.” (TIZIO, 2006, p. 10, tradução nossa)³². Este comentário contextualiza a mudança realizada no título do livro que, em sua primeira edição, foi traduzido como “Juventude desorientada”. Tal mudança pretendeu recolocar o valor e a perspectiva dada, por Aichhorn (2006), aos aspectos psíquicos resultantes de certos efeitos produzidos, nos jovens, com os quais trabalhou, em relação ao desamparo que se fazia notar na relação com o Outro e se refletia também na relação com o Outro institucional.

Com Aichhorn (2006), encontramos uma experiência institucional sustentada em bases psicanalíticas e empreendida nas primeiras décadas do século XX que, embora inserida no campo educacional, se aproxima de forma surpreendente de importantes aspectos

³² “[...] los efectos que el abandono o las dificultades en el ejercicio de la función del adulto producen en el sujeto, en los cuales pueden evidenciarse en distintas vertientes.

elucidados pelos casos da pesquisa, por nele se considerar a dimensão do sujeito. Deste modo, o autor apresenta as questões que emergem de sua prática com os jovens que atendeu, ao estilo que a psicanálise freudiana o ensinou, ou seja, “[...] tal como os encontrei, nem ordenados e nem simplificados”(p.39). Para cada jovem, os problemas são apresentados na ordem que vão aparecendo nos casos, permitindo-lhe apreender assim, o conhecimento que cada caso requer, seja psicanalítico, ou não.

Aichhorn (2006) trabalhou a importância de se reconhecer os motivos inconscientes presentes nas manifestações sintomáticas, a exemplo de transgressões, atos delitivos e outros. Considerava que assim seria possível encontrar meios de solucionar tais manifestações e, conseqüentemente, restabelecer para o sujeito o que hoje se chama inserção social. Enfatizava a inadequação e ineficácia de modos repressivos e moralizantes, no tratamento das pulsões, pois eles só tornam a problemática subjetiva e o conflito social ainda mais agudizados. Problematizava a questão da delinquência afirmando que, em muitos casos, ela poderia ser explicada por uma desregulação dos processos primários do princípio do prazer, que favorecia a satisfação encontrada no ato transgressor. Salientava, ainda, a importância da transferência no manejo dos casos, considerando-a, aos moldes freudianos, como uma repetição dos laços primordiais infantis, o que enfatizava o valor dos primeiros laços sociais da infância, e a importância do serviço e do profissional que acompanha os casos de se fazer exceção para o sujeito. Em muitas situações, os jovens eram encaminhados aos serviços contra a vontade deles e como se estivessem sendo punidos ou castigados por uma instância que fazia as vezes de funções atribuídas ao Outro parental. O desamparo dos jovens era, assim, percebido através do que Tizio (2006) comenta sobre o fato de que eles conheceram, cada um a seu modo, os excessos do Outro evidenciados através de relações de maus tratos, negligência, superproteção e abandono.

Na época de Aichhorn (2006), a experiência de desconexão social subjetiva dos jovens que atendia não o interrogava, tampouco, à sociedade, como nos interroga hoje em dia. Elas ainda não respondiam por um sintoma social. Da mesma forma, o uso de drogas na adolescência não mediava de forma tão generalizada estas mesmas experiências, tal como observamos atualmente.

Para além destas particularidades que circunscrevem os modos de desconexão social dos jovens, em épocas distintas, um importante aspecto verificado, na prática de Aichhorn (2006), também pode ser aplicado inteiramente aos casos de nossa pesquisa: muitos dos sintomas destes jovens não produziam queixas e nem endereçavam demandas ao Outro. Ainda assim, o autor acreditava que os mecanismos destes sintomas tinham como base o modelo do

sintoma neurótico freudiano, e que poderiam ser abordados através de soluções que atuassem no sentido de suturar a desregulação do sujeito com o Outro, justamente no nível do desamparo. A nosso ver, o relato de Aichhorn dos jovens que atendeu, nos permite reconhecer e antecipar a presença de sinais sutis de um tipo de sintoma que é típico de nossa época, e que os jovens de nossa pesquisa bem o apresentaram, um sintoma que não interroga o sujeito e não faz demanda ao Outro.

Aichhorn observava também, que os jovens das instituições em que trabalhou se expunham continuamente ao perigo de um castigo ou, de algo ruim que pudesse acontecer-lhes. A princípio, não se preocupava muito com estas condutas, exceto pelo fato de que elas contrariavam as exigências da realidade: “Isto não surpreende o psicanalista. Ele sabe que o neurótico tem sua própria realidade” (2006, p. 59, tradução nossa)³³. As elaborações psicanalíticas existentes hoje acerca do Outro que não existe, não estavam disponíveis a Aichhorn, até porque, em sua época, as caracterizações simbólicas do Outro, ainda se mantinham bem mais estáveis do que em nosso tempo. As condutas dos jovens, relatadas acima, indicam uma relação com o Outro que, na dimensão de seus cuidados, é marcada por uma desregulação pulsional que leva ao desamparo. Mesmo assim, também revela que ainda parecia haver certa crença no Outro, seja ele parental ou institucional.

O termo desamparo nos é apresentado, por Freud (1895/1996), bem no início da história da psicanálise, quando em seu “Projeto para uma psicologia científica”, escreve sobre a “ação específica” (p.370) de um outro experiente que resulta em uma intervenção no âmbito do desamparo inicial do pequeno vivente humano. Ele a define ressaltando que se trata de ações que não podem ser realizadas pelo próprio bebê, mas que depende de uma ação vinda do mundo externo. A especificidade destas ações se justifica pelo fato de que devem responder a demandas que se originam de estímulos internos, endógenos, como diz. Em uma nota de rodapé na página 349, encontramos uma referência do editor inglês de que os estímulos endógenos os quais Freud se refere podem ser considerados os futuros precursores da pulsão. A principal característica destes estímulos que se originam no corpo é que deles o organismo não pode fugir, nem evitar, e a condição para que cessem, encontra-se exclusivamente amparada por certas condições do mundo externo, ou seja, de ações específicas que não podem, pelo menos a princípio, serem realizadas pelo próprio sujeito. O “[...] organismo é, a princípio, incapaz de promover esta ação específica” (1895/1996, p.370). Isso requer um esforço do organismo de sair de sua tendência original à inércia, para tolerar

³³ “Esto no sorprende al psicoanalista. Sabe que el neurótico tiene su propia realidad”.

um acúmulo de energia suficiente que possa empreender e desencadear, na direção do outro, uma ação específica de cuidado. Este esforço a mais do organismo resulta na propensão a uma descarga motora que, no caso da criança pequena, conhecemos através do grito, ou do choro intenso. Trata-se, na verdade, de um mecanismo econômico primordial cuja função, como diz, é a de manter as funções impostas pelas exigências da vida.

Freud (1985/1996, p. 370) também nos permite refletir sobre um aspecto temporal do inconsciente, que nos reenvia ao modo com que conceberá a noção de infantil em sua obra. Ele segue dizendo que a ação específica “[...] se efetua por ajuda alheia quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil [...]”. O infantil em Freud não coincide, necessariamente, com o período desenvolvimentista da infância, e isso permite refletir sobre a dimensão do desamparo do sujeito que emerge nos diversos momentos de sua vida, demandando ao Outro diversas ações específicas de cuidado. Deste modo, o alcance destas ações vai longe em direção aos aspectos que compõem a realidade psíquica do sujeito. Participam da constituição da subjetividade, implicando na relação de uma fonte primordial que, ao longo da vida, articula a trama entre demanda e desejo, através do enigma de cada sujeito. Não é a toa que Freud (1895/1996) chamou este mecanismo de experiência de satisfação, já que é no campo do Outro que o sujeito busca o objeto da satisfação de seu desejo, deparando-se com a frustração de jamais encontrá-lo. É também aí que se situa a relação de dependência do sujeito ao Outro, pois, o desejo do sujeito está conformado à demanda do Outro, como escreve Miller (2010). O Outro articula a dimensão do desejo, mas só pode dar ao sujeito objetos substitutos de sua realização.

É por isto que a dimensão do desamparo sempre estará presente para o sujeito, a exemplo de como é possível verificar com os sujeitos da pesquisa. Com estes jovens observamos uma vigorosa vertente do desamparo que reaparece na puberdade. Ao reeditar o Édipo, o sujeito empreende o trabalho que Freud (1905/1996) nos ensinou a reconhecer como sendo de uma espécie de desidealização dos pais da infância, de rompimento com a autoridade dos pais. Este é o elemento central que, em Freud, permitirá ao sujeito atravessar o túnel da infância para a vida adulta. Em termos lacanianos chamamos isso de um momento lógico em que o Outro parental se mostra barrado, evidenciando o desamparo para o sujeito adolescente, no real. É o sujeito adolescente que precisa se separar do Outro parental e não o contrário. Alberti (2004) escreve sobre isso, ressaltando os efeitos desamparadores que surgem, quando as figuras parentais se separam do sujeito adolescente, antes que ele possa se por em condições de realizar seu trabalho psíquico pubertário. As experiências de desconexão social vividas pelos jovens da pesquisa são alguns destes efeitos. A questão que aí se coloca é

quando esse desamparo deixa de se exercer em sua funcionalidade estrutural e instaura para o sujeito um abandono radical. Os jovens da pesquisa, cada um a seu modo, nos deram exemplos de como isso pode ser devastador.

A avó de Willian, o jovem desinteressado, e o pai adotivo de Adriano, o jovem desenganado, protagonizaram raras exceções. Esta senhora, “nunca desistiu dele”, segundo observa a técnica de referência, assim como o pai adotivo de Adriano não recusou o jovem, mesmo sabendo que ele não era seu filho biológico. De alguma forma, estas figuras parentais contribuíram para que as desvinculações destes jovens, ao longo da infância e da puberdade, não fossem ainda mais devastadoras. Do lado do Outro institucional, representado pelo serviço, destacamos as respectivas falas das técnicas de referência de Willian e Jonas, que afirmam que, apesar de não haver garantias quanto ao rumo que o caso pode tomar: “[...] a gente nunca desistiu dele” e “[...] não tem receita, é preciso apostar.”

De modo geral, a emergência de um desamparo radical nos sujeitos da pesquisa os levaram na direção mortífera da pulsão de morte, mediados pelo encontro com o objeto droga, que favoreceu a desinserção. Estes aspectos respondem, no contemporâneo, por um cenário particularizado que se distingue no movimento próprio das gerações através de “[...] efeitos profundos de desorientação que se fazem sentir mais nos adolescentes de hoje e menos nos velhos que se beneficiaram ainda de uma ordem simbólica em estado de funcionamento” (MILLER, 2015, p. 7). Nos casos da pesquisa, a desinserção que os jovens apresentam responde por alguns destes efeitos profundos de desorientação, que podem ser sentidos pelos jovens de hoje, desencadeados pelo que estamos chamando de desamparo generalizado da ordem simbólica.

Somos, assim, convocados a identificar e problematizar as “ações específicas” de cuidado do Outro institucional frente ao desamparo presente nos casos. Faremos isso reconhecendo nos princípios e nas diretrizes da política de Saúde mental para Crianças e Adolescentes, recursos presentes no campo da atenção psicossocial, para a construção de possibilidades frente a desinserção presente em cada caso único.

6.1. Os princípios da singularidade e do Acolhimento Universal

O estabelecimento de ações de cuidado na política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes, é uma diretriz de trabalho de todo serviço de saúde mental que “[...] se proponha a prestar atenção a crianças e adolescentes.” (BRASIL, 2005b, p. 15). Estas ações implicam em: reconhecer como legítimo o pedido da criança, do adolescente ou, do adulto

que os acompanha, tomar em sua responsabilidade o agenciamento deste cuidado no serviço ou na rede, conduzir ações de cuidado considerando a criança e o adolescente como sujeitos de direito e de responsabilidades em sua dimensão subjetiva e social, comprometer os responsáveis da criança e o adolescente como também agentes de seus cuidados, garantir que a ação destes cuidados esteja fundamentada nos recursos teóricos-técnicos e na construção do saber disponíveis aos profissionais através de discussões coletivas que preconizem os princípios e as diretrizes desta política e operar na lógica de uma rede ampliada e territorializada de ações (BRASIL, 2005b).

O princípio da singularidade, presente na política de Saúde Mental para Criança e Adolescente, favorece experiências que podem ser colocadas em ação através de diferentes formas de cuidar e tratar que, no âmbito da atenção psicossocial, leva em conta a unicidade dos casos. Há permanentes desafios na implementação destas ações já que, como se sabe, a política pública se dirige ao “para todos” e a dimensão propositiva deste princípio encontra-se, justamente na exceção a regra que define o indivíduo e favorece a emergência de um sujeito. Da mesma forma, acolher a quem chega implica em uma posição que vai muito além de aceitar um caso em tratamento dentro de um serviço. A inclusão implica em paradoxos emblemáticos para os seres humanos, os quais Lacan (1969-1970/1992) já os comentou, evidenciando o modo como mascaram e comportam a exclusão. No âmbito dos serviços, requer a construção de ações específicas de cuidado que só se estabelecem na condição de que seus operadores sustentem uma prática que, verdadeiramente, considere a singularidade dos casos. O caso de Aline ensina sobre isso, quando nos permite observar que não havia condições burocráticas ou normativas para recebê-la no serviço de saúde mental. Ela chega inúmeras vezes, antes mesmo do serviço abrir suas portas. Suja, cansada, ou molhada de chuva, era sempre convidada a entrar. Na verdade, ela sempre retornava, mas, no tempo e nas condições que podia sustentar. Diferente do que ocorria em sua casa, Aline vai percebendo que no serviço, havia lugar para ela, enquanto fosse necessário.

Poderíamos abordar tais princípios de variadas maneiras, mas, escolhemos fazê-lo a partir de algumas perspectivas presentes nos casos: a noção de singularidade, a responsabilização subjetiva, o vínculo transferencial e o tratamento pela palavra.

6.1.1. Um sujeito psíquico e social

“Antes e primeiro que tudo é preciso adotar como princípio a ideia de que a criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito. [...]É, por conseguinte, um sujeito de direitos, dentre os quais se situa o direito ao cuidado. Mas, a noção de sujeito implica também

a de singularidade, que impede que esse cuidado se exerça de forma homogênea, massiva e indiferenciada” (BRASIL, 2005b.p. 11).

Obviamente, o sujeito da psicanálise não é o mesmo que encontramos no campo geral das políticas públicas. Mas, no que se refere à política de SMCA, apesar desta noção também não se recobrir à da psicanálise, ainda assim, permite um diálogo entre estes campos. Basta refletir sobre o que, pontualmente, escreve Lacan (1961-1962/2003) no “Seminário 9, A identificação”, sobre a noção de sujeito como uma exceção ao fundamento lógico das afirmações universais que, inclusive, é o que exige a formalização de uma regra. A singularidade considerada assim, se torna a única segurança do universal, ou seja, a condição de sua existência é a de que haja uma exceção, um menos um. Miller também comenta que “[...] há sujeito toda vez que o indivíduo se afasta seja da espécie, do gênero, do geral ou do universal”. (2006, p. 25) O sujeito das considerações psicanalíticas se constitui como exceção à regra da programação natural das espécies, dos indicadores estatísticos e epidemiológicos, ou da identidade dos grupos. Ele precisará, sempre, encontrar um modo particular, inventado por ele mesmo, para dar conta dos enfrentamentos colocados em sua existência, em função dos efeitos que a linguagem incide sobre ele.

No prontuário de Jonas e no discurso de sua técnica de referência, nossa atenção se volta para o uso do termo “atendimento singular”. Em outros momentos a expressão usada é “atendimento individual singular”. Considerando a construção que foi possível reconhecer, no trabalho desta equipe, acerca deste caso, não nos pareceu que o uso destes termos se inscreveu de modo aleatório. A equipe parecia estar alertada de que a noção de indivíduo, e a não divisão subjetiva que ela comporta, é da ordem do universal e não pode responder pelo que é da ordem do sujeito. Aqui a psicanálise oferece uma importante contribuição ao saber-fazer próprio ao campo da atenção psicossocial. A pragmática da psicanálise, segundo escreve Miller (2009), não se sustenta pelo imperativo do isso funciona, mas na direção do que isso ensina.

6.1.2. Implicação subjetiva e responsabilização do sujeito

O caso de Jonas nos permite abordar diversos aspectos, entre eles, a questão da responsabilização do sujeito. Este jovem se mostrava bastante esclarecido em relação ao modo como seu tratamento era organizado entre o serviço de saúde mental e a Unidade de Acolhimento infanto-juvenil, (UAI) bem como sobre a rede de atenção psicossocial onde passou a ser usuário. Sabia com clareza a função de cada serviço: “Se eu desligar da casa

(UAI) eu continuo fazendo tratamento aqui (no CAPSi). Eu continuo com meu psicólogo, igual, da última vez, eu tinha um psicólogo. O tratamento mesmo é aqui, não é na casa. A casa é igual sua casa normal. Você sai, você entra [...]” Quem o orientou sobre isso, como nos disse, foi sua técnica de referência e a equipe da UAI, que também nos deram as mesmas explicações quando visitamos os dois serviços na ocasião em que entrevistamos Jonas.

Na abordagem que o CAPSi adota, com o jovem, havia espaço para alertá-lo dos riscos que o uso abusivo da cocaína poderia lhe causar, mas, a valorização da autonomia do sujeito parecia ser uma direção de trabalho muito cara à técnica de referência e à equipe que o acompanhou. “Ele chegou, ficou aqui uns seis meses e sentiu que estava preparado para sair, e a gente dá esta autonomia pra ele. [...] Por mais que eu e a equipe percebíamos que ele ainda não estava bem. Mas ele precisava ter essa certeza por ele, não por nós [...]”, dizia a técnica de referência. Inicialmente, esta posição do serviço o interrogou como ele mesmo nos conta: “Eu disse, que desgrama! Isso aqui está parecendo hotel.” Jonas sentiu que podia fazer o que quisesse, embora houvesse algo nesta forma de conduzi-lo que se distinguia do que estava habituado. Com o tempo, alguns efeitos foram se produzindo. Ele percebe que no serviço “[...] não tem negócio de fugir não. Aqui se você falar que quer ir embora, eles abrem o portão e dizem é ali pode ir... [...] Você fica aqui porque quer!” A liberdade que acreditava ter com o tratamento tinha um preço: ele era responsável por ela e isso era uma novidade para o jovem. Quando usou maconha dentro da UAI, chegou ao serviço de saúde mental dizendo a sua técnica de referência que havia feito isso por causa dos meninos, que eles haviam lhe dado. Ela nos conta que fez apenas uma pontuação para ele no sentido de ressaltar sua responsabilidade no episódio: “Você poderia ter dito não. Foi uma escolha sua!”.

Mas, o efeito mais importante que o tratamento de Jonas parece ter produzido, em relação à sua responsabilização, se refere ao modo com que passa a resignificar o tratamento. É nesta vertente que se dá seu retorno ao serviço, após tê-los abandonado. A intervenção da técnica de referência, neste episódio, apoiou-se em um risco calculado que ela assumiu correr. Quando Jonas ligou para o CAPSi não pediu para chama-la, deixou recado dizendo que queria voltar. Sua intervenção foi a seguinte: “Eu falei que não! Se ele queria o atendimento, eu estou aqui e ele podia vir, marcar comigo e começar de novo comigo. Ele tem muito isso de mandar alguém fazer por ele, como eu já percebi isso, então eu cortava [...]. Aí ele mesmo veio.” Sobre a função do analista, Lacan escreve: “Sentir o que o sujeito pode suportar de angústia os põe à prova a todo instante.” (LACAN, 1962/2005, p. 15). Aqui, isso também se aplica aos operadores do campo da atenção psicossocial.

A responsabilização por seus atos surge de forma legítima quando, de fato, ele próprio resolve se tratar. Da primeira vez, “[...] eu não queria tratar, eu queria ficar bonito, engordar...”, disse ele. Na segunda vez que procurou o CAPSi, era de outro lugar subjetivo que se colocou: “Tipo assim, eu estava disposto mesmo, eu queria mesmo, queria mesmo, queria muito mesmo, uma coisa que você quer muito mesmo!” Nesse momento, ele se dava conta de que o tratamento “[...] só depende da gente, não depende deles não... Eles estão aqui pra te ouvir, se você precisar...”

Jonas parece fazer valer uma afirmação de Lacan (1966/1998, p. 873), que não cessa de ser mencionada em trabalhos de diferentes estilos: “Por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis.” Não se trata de uma responsabilidade positiva, moral, ou meramente consciente, mas sim, da implicação do sujeito com a divisão subjetiva que o interroga e que é a causa que move seu ato, tornando-o único. É deste modo que Jonas nos introduz na noção de responsabilidade do sujeito que, tanto para o campo psicanalítico, quanto para a política de SMCA, é muito cara.

O sujeito do direito presente nesta política está implicado em uma condição subjetiva e social. Lacan (1966/1998) faz referência ao campo do direito para dizer que o que está em causa aí é o modo singular com que o sujeito reivindica e também experimenta sua relação com o gozo. Essas considerações podem ter sua compreensão facilitada por Miller (1997), quando escreve que, para o sujeito, a dimensão do direito estabelece uma relação que não leva em conta o fato. Se trata de como o sujeito aparece no discurso, no laço social, na sua posição em relação ao Outro. É preciso nos “[...] separar da dimensão do fato, para entrarmos na dimensão do dito, que não está muito longe da do direito” (1997, p. 234). É neste nível que encontramos a responsabilização subjetiva do sujeito. Na atenção psicossocial, a noção de sujeito “[...] implica, imediatamente, a de responsabilidade: o sujeito criança ou adolescente é responsável por sua demanda, seu sofrimento, seu sintoma”. (BRASIL, 2005b p. 11).

Na condução dos casos há também a responsabilização de cada serviço, pontos estratégicos da rede de atenção psicossocial. Segundo explica a técnica de referência: “A gente discute o caso com a cidade, a gente responsabiliza o município, a família, e o serviço aqui. Então eu vou lá na UAi participar da reunião de discussão de caso, eles vem aqui, mas, nesse sentido de responsabilizar ele mesmo”.

A política de Redução de danos adotada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a), desempenha um importante papel na construção da prática psicossocial com pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Jonas não está alheio a isso. Sua técnica de referência explica como operacionalizava esta questão com o jovem:

“A gente não toca muito na questão da droga. Ele pode viver com essa droga também, não pode? Ele tem que dar conta de avançar na vida, trabalhar, estudar, ter uma família, mas o negócio é quando ele coloca a droga como centro de tudo e pára o resto. O nosso trabalho também é em cima da redução de danos”.

Jonas tem seu próprio jeito de abordar o assunto, explicando-nos como entende a política de Redução de Danos. Ele nos dá mostras de como ela incidia sobre seu tratamento e qual era sua posição em relação a isto.

“Se eu quiser usar droga você não vai me impedir... [...], você não vai me dizer não usa não, isso não é bom pra você! O seu papel é pelo menos não incentivar a pessoa a usar, total...,você tem que pelo menos reduzir os danos da pessoa. É tipo assim, você falar: não moço, você é jovem, isso não é bom pra sua vida, o quê que você está querendo pra sua vida, e tal... Você tem um futuro pela frente. Você vai falar, você tem que falar! Mas eu vou usar. Você não é... você não tem que tomar (pegar a droga dele) não. Eu quero usar, uê! A vida é da pessoa, ué! Quem sofre as consequência é ela, você não vai perder nada, você não vai ganhar nada. Então... A vida é dele, só depende dele, ele usa se ele quiser. Se eu quiser usar eu uso, se eu quiser fuma eu fumo.”

Jonas descobre assim que, estava aprisionado pelo imperativo de seu gozo. O trabalho da equipe e de sua técnica de referência contribuiu para que este jovem pudesse se posicionar na vida, de modo a se responsabilizar por sua posição de sujeito. A ação específica de cuidado que se destaca aí é a que considera a criança e o adolescente como “[...] um sujeito de direitos, dentre os quais se situa o direito ao cuidado” (BRASIL, 2005b, p. 11). A nosso ver, foi o que lhe manteve vivo.

6.1.3. *Relações transferenciais*

Freud (1915/1996) dizia que as maiores dificuldades apresentadas na prática clínica não consistem nos problemas decorrentes da interpretação e sim, que as “[...] únicas dificuldades realmente sérias que temos de enfrentar residem no manejo da transferência” (p.177). Antes disso, em outro trabalho, Freud (1912/1996) já havia formalizado a transferência sob o viés da repetição inconsciente de conteúdos ambivalentes, conflitivos e infantis acerca dos objetos amorosos do sujeito e que, no âmbito da análise, são deslocados para a pessoa do analista.

Apesar da importância que a transferência possui na experiência psicanalítica, ela também pode se instalar em diversas outras relações. O que a psicanálise faz é notar sua existência e reconhecer sua potência como recurso fundamental para o manejo clínico que considera a realidade psíquica do sujeito. Outra situação em que se pode verificar a presença

da transferência é justamente na relação do sujeito com as instituições. O próprio Freud comenta que nas “[...] instituições em que doentes dos nervos são tratados de modo não analítico, podemos observar que a transferência ocorre com maior intensidade [...]” (FREUD, 1912/1996, p. 113). Isso é possível porque, como explica, as características da transferência não estão necessariamente ligadas “[...] à psicanálise, mas sim, à própria neurose” (p. 113) que, enquanto tal, é fruto dos conflitos sexuais e morais civilizatórios.

No âmbito de um tratamento, segundo escreve Figueiredo (1997) a transferência é um movimento do sujeito, que apresenta algo de sua realidade psíquica através da fala, àquele que o escuta. Significa que pode se apresentar de modo positivo ou negativo, ou seja, nela pode estar em questão sentimentos afetuosos e hostis. Freud (1912/1996) ensina a não subestimarmos os sentimentos do sujeito e chama nossa atenção para a presença da resistência que, junto com outros mecanismos de defesa, consistem no elemento central da transferência. Estes processos se mostram mais evidentes na transferência negativa e na positiva quando esta se designa pelas catexias inconscientes dirigidas amorosamente ao analista. No caso da atenção psicossocial, o mesmo se aplica ao profissional que conduz o caso.

Todos os casos da pesquisa nos colocam em condições de discutir a transferência, entretanto, a nosso ver, apenas um nos permite discutir a transferência negativa e a articular ao problema de pesquisa.

É Marcelo, o jovem intruso, que ensina sobre esta modalidade transferencial. Já no início da entrevista que realizou conosco, disse não se lembrar de que aos doze anos já havia feito um primeiro tratamento no serviço de saúde mental para criança e adolescente. Logo em seguida, através do que nos pareceu ser um ato falho, demonstra que isso não se tratava de um esquecimento qualquer. É o que surge quando lhe perguntamos, novamente, se já havia feito tratamento neste serviço e, então, nos responde: “Já. Não sei! Eu fiz? Não lembro. Eu nem ia prá lá moça! Não lembro, não.” O valor clínico de certos processos amnésicos seletivos para o sujeito parece encontrar aí o seu lugar. Há algo na relação com o serviço que não é para ser lembrado, mas, parece estar ligado ao modo com que define a instituição como um “lugar de doido”, que parece estar alinhado à história materna. A questão do serviço ser considerado um “lugar de doidos” aparece em três casos: para Marcelo, Willian e Adriano. Ocorre que o significativo loucura não tem, para Marcelo, o mesmo efeito que encontramos nos demais casos. Não se trata do mesmo “lugar de doidos”. Para o jovem, o serviço não podia ajudar quem faz uso de drogas porque, para ele, “[...] eles não tem nada haver com isso. Lá é prá tratar de doido! Lá é prá tratar de doido, moça! Só isso!” E completa dizendo: “Lá não é lugar pra mim”. Nunca mais quis rever sua mãe “doida”, como nunca mais quis voltar ao serviço

“de doidos”, o que não ocorre com os demais casos da pesquisa.

Seu caso nos remete a algo que extrapola as representações sociais e as expressões populares que costumeiramente são dirigidas aos serviços de saúde mental, como podemos encontrar na fala de Willian e Adriano, respectivamente: “Lugar de doido (risos). É uai... Queria vim não, não queria vim por nada. Por que eles falavam que é lugar de doido, eu não era doido”! “Lugar para meninos que tem problema de cabeça, meninos doidos.” No caso de Marcelo, a expressão “lugar de doidos” precede uma história que a singulariza.

Os efeitos negativos desta trama inviabilizam, neste caso, que o Outro institucional possa se fazer exceção para o sujeito. Marcelo sabia reconhecer as instituições em que a loucura se faz presente. Ele passou boa parte da infância visitando sua mãe “doida”, em uma Residência Terapêutica, primeiro lugar de “doidos” que o jovem se recusou a voltar. Só mais tarde o serviço de saúde mental tomou lugar nesta sequência. Em comum está o fato de que em ambas as instituições a decisão de não voltar foi definitiva. Após o rompimento com as relações que estabelecia com estes dois lugares observa-se, não por acaso, um movimento em que o jovem se lança na rua, conhece e intensifica o uso de drogas: “A manifestação de uma transferência negativa é, na realidade, acontecimento muito comum nas instituições. Assim que um paciente cai sob o domínio da transferência negativa, ele deixa a instituição em estado inalterado ou agravado.” (FREUD, 1912/1996, p. 117).

Na perspectiva de Lacan, a transferência negativa ocorre pelo viés imaginário, através de uma das imagens mais ou menos arcaicas do sujeito e que, pelo efeito de sobredeterminação do simbólico “[...] degrada, desvia ou inibe o ciclo de uma dada conduta, que, por um acidente de recalque, excluiu do controle do eu uma dada função e um dado segmento corporal, que, por uma ação de identificação, deu sua forma a tal instância da personalidade” (1948/1998, p. 110). Na relação especular que a transferência negativa empreende, a agressividade tende a inserir o profissional que ocupa o lugar de referência do caso, no exercício do manejo transferencial. Segundo escreve, devemos “[...] pôr em jogo a agressividade do sujeito a nosso respeito, já que essas intenções, como sabemos, compõem a transferência negativa que é o nó inaugural do drama analítico” (LACAN, 1948/1998, p.110).

No âmbito dos serviços, a transferência negativa é a que mais implica uma relação que desafia o tratamento. A relação de Marcelo para com o serviço era de clara hostilidade. “Lá é um desgraça, uma porcaria, tem que por fogo naquilo”. Mas, os sentimentos hostis, típicos da transferência negativa também podem revelar outro lado do tratamento. Miller alerta que a posição lacaniana é a de não se deixar enganar. Sempre há um amor misturado ao ódio, nestas relações, já que é preciso considerar que o que está em jogo nelas é “[...] o Outro da

transferência [...]” que responde por aquilo que o sujeito lhe atribui ser. (LACAN, 1958/1998, p. 597) É por isso que, na transferência, pode ser despertado no sujeito, “[...] todos os sentimentos do mundo.” (MILLER, 1998, p. 75, tradução nossa)³⁴

Apesar de seu difícil manejo, a transferência negativa pode ensinar muito ao trabalho institucional. Ela favorece a abertura de debates e faz avançar o saber em relação ao caso. O mal estar que a relação de Marcelo com o serviço de saúde mental trouxe à equipe foi, justamente, o que permitiu a equipe considera-lo como um caso que ensina.

Mas, a resistência que se apresenta na relação transferencial também pode estar do lado do analista, como diz Lacan no Seminário 2. Ela pode se manifestar, propriamente, nos mecanismos de defesa produzidos na dimensão de seu ego quando o tratamento, por assim dizer, trava, paralisa. A referência freudiana de que o eu é a soma das identificações do sujeito vem ao auxílio de Lacan para demonstrar que é no campo da imagem que o analista também constrói e faz jus a certos mecanismos de defesa. É daí que surge seu famoso aforismo: “Existe apenas uma resistência, é a resistência do analista.” (1954/1985, p. 287). Criado no bojo de suas críticas à psicologia do ego, esta máxima evidencia que, do outro lado da relação analítica também o analista está sujeito aos efeitos da experiência transferencial e precisa estar alertado quanto a isso.

Na transferência positiva são os sentimentos afetuosos os que respondem por toda variedade e complexidade de relações que compõem a vida social do sujeito e que, originalmente remontam suas vinculações objetais infantis. Mas, também aqui, a presença da resistência produz seus efeitos. Estes sentimentos se enredam, de forma amorosa e através do recalque, a certas identificações próprias da realidade do sujeito. O caso que nos pareceu o mais emblemático para discutirmos esta questão é o de Willian, o sujeito desinteressado. Nele é possível verificar o percurso de construção da transferência positiva com o serviço.

Inicialmente, o caso de Willian põe em questão um tema que o próprio Lacan (1958/1998) problematizou, ao interrogar se o que vem primeiro em um tratamento é a interpretação ou a transferência. No caso de Willian, foi a interpretação. Ao que nos parece, as condições para isso começaram a ser construídas ao longo dos atendimentos realizados, ocasiões em que se pode perceber a presença atuante da resistência. Com sua técnica de referência ele passa a falar de si e de sua relação com o pai, entretanto, sem ainda trazer em seu discurso nenhum sentimento hostil para com ele. Observa-se, contudo, que sempre que estes conteúdos apareciam, ele faltava aos atendimentos seguintes. É então, em um

³⁴ [...] todos los sentimientos del mundo.

determinado momento, que uma intervenção da técnica de referência se destaca, no ponto em que toca o sujeito despertando o desejo neurótico. Ao dizer a ela que tirava dinheiro da avó porque ela não lhe dava uma espécie de mesada, o sujeito é confrontado da seguinte forma: “A mudança precisa vir de você!” O enunciado destas palavras parece abrir um caminho, que até então parecia obstacularizado. Os efeitos disso podem ser notados quando, nos atendimentos seguintes, uma importante mudança começa a acontecer. Willian passa a falar do pai, mas agora, de suas falhas, daquilo que não recebe dele, ou seja, seu interesse.

No “Seminário 18”, Lacan (1971/2009) vai dizer que “[...] a interpretação não é submetida à prova de uma verdade que se decida por sim ou não, mas desencadeia a verdade como tal. Só é verdadeira na medida em que é verdadeiramente seguida”. Obviamente, é de uma dimensão inconsciente que se trata e pouco a pouco, os efeitos da intervenção provocada no sujeito Willian favorecem pontos de deslizamento em sua posição subjetiva que o aproximam desta verdade. Eleger um profissional que, de fato, é legitimado como referência para seu caso, foi fundamental para isso: “Sei lá, foi a primeira, é só com ela”. Esta profissional foi a terceira a iniciar um tratamento com o jovem no serviço. E, antes dela, mesmo diante do reconhecimento da ausência de uma demanda que, claramente não se produzia, foi o serviço que formalizou medidas de desvinculação do jovem, através das duas altas que recebeu.

No relato da técnica de referência de como percebia as demandas de tratamento do jovem, ela parece enfatizar algo que, a nosso ver, lhe permite particularizar o caso. Ele veio “[...] devido a *dificuldades de relacionamento*³⁵, não ficava na escola, não ficava na sala de aula. É..., não respeitava os colegas, não respeitava os professores [...]”. Não se observa, em seu relato, o uso de certos significantes ortopédicos e reparadores, ao ressaltar as dificuldades de relacionamento de Willian. Ao contrário, ela põe em evidência a relação do sujeito com o Outro. Já em suas primeiras impressões, Willian lhe parecia um menino “[...] abandonado, com uma avó cansada de procurar recursos [...]”. Não foi imediatamente que ela teve clareza de que aquele caso deveria ser acompanhado no CAPSi, esta certeza só veio com os atendimentos: “Quando eu comecei a atender é que vi que era um caso de CAPSi, eu pedi uma avaliação social, pra gente começar a atender essa família, e... pedi uma avaliação psiquiátrica, e, fui na escola. Foram as três condutas iniciais.” Estas mesmas condutas já haviam sido propostas em outros momentos, mas, só agora pareciam ter algum efeito sobre o caso.

³⁵ Grifo nosso.

Willian possibilita também, assim, outro ensinamento: na atenção psicossocial, um técnico de referência não se define apenas por ser um profissional de nível superior, responsável por acolher e conduzir o caso. Na pesquisa, os profissionais que ocuparam este lugar para os jovens, tinham formação em serviço social, psiquiatria, terapia ocupacional e psicologia. Aquilo que Willian nos permite aprender acerca deste lugar é que, o que define um técnico de referência para o sujeito é a função de particularizar o caso no serviço e na rede.

No retorno da internação compulsória a transferência com a terapeuta se reafirma: “Eu até venho, não falho. Só no médico que eu não vou não. Só na “X” (nome de sua técnica de referência).” Nos atendimentos com ela, o jovem se interroga sobre os motivos de ter sido internado, o que contrasta com a atitude apassivada e apática que sempre teve e também manifestou no momento em que foi levado, contra sua vontade: “Só porque eu usava maconha e vendia pedra? Não justifica...” Dizia que todos os seus amigos usavam maconha e que isso não era motivo para interná-lo.

A dissolução da transferência, tal como ocorreu neste caso, nos leva a fazer um breve parêntese para introduzir um ponto que se repetiu em outros dois, o de Aline e o de Jonas. Trata-se de outra modalidade de transferência que se instaura para esses jovens, a transferência que ocorre da clínica do CAPSi para os serviços de adultos. Os casos nos dão testemunho de como este é um momento importante e delicado para os sujeitos requerendo da equipe uma estratégia cuidadosa de intervenção. A observação da técnica de referência de Jonas nos dá mostras disso: “Agora que fez dezoito anos está com medo de nós o colocarmos para fora. Eu disse a ele: Não! Quem vai dizer é você. Quem está nos dizendo a direção é ele”. Um cuidado específico é observado sempre que os jovens não são transferidos imediatamente completarem dezoitos e é assim que ocorre com Willian, Jonas e Aline.

O caso de Willian demonstra também que é preciso estar atento para um aspecto ainda mais específico presente na relação com o profissional, quando este é a referência para o caso. A transferência, tal como Freud (1912/1996) a formalizou na análise, não se transfere sem que algumas condições se estabeleçam. Não ocorre apenas por procedimentos burocráticos e formalizados aos moldes da referência e contra-referência, próprias do campo da saúde pública. A exemplo do que ocorre com Willian, apesar do caso ter sido transferido para outro serviço, a transferência com o novo terapeuta não se dá e é aí que algo se perde. Willian acreditava na palavra das mulheres. Foi assim com sua avó, sua mãe e com sua técnica de referência. Eram elas que se interessavam por ele. O episódio da aprovação em um concorrido processo seletivo de uma escola profissionalizante industrial mostra que em algum lugar, e de

alguma forma, este jovem se interessa, mas, a sustentação de seu interesse pela vida, passava pela palavra e pelo interesse de uma mulher. Com a técnica de referência, o interesse que não vinha do pai, advém no Outro institucional. Mas, a tentativa, mesmo que frágil de apostar no Outro que se interessava por ele no âmbito da transferência, fracassa, se dissolve, e o sujeito volta para o lado da mãe, não buscando substitutos. Retorna ao tráfico de drogas, caminho que o faz denotando sua decepção com o Outro.

“O que pode ser nome, até insígnia, para o sujeito do desejo, não significa nada para quem se situa a nível da ‘pulsão’. Por isso, quando no grafo do desejo a resposta para a pergunta: quem sou? Se dá a nível da pulsão [...]. Se trata de algo que não figura no registro do Outro”. (MILLER, 2001, p.37, tradução nossa)³⁶.

A pulsão, como escreve Miller (2001), se volta insaciável para seu objeto, no caso de Willian, a droga. Não se trata de um mecanismo complexo, já que a pulsão não depende do Outro. Difícil é despertar o desejo do sujeito já que este, sim, depende do Outro. A desistência de Willian de seu desejo nos faz lembrar da citação de Chamorro quando diz que, na atualidade, “[...] o sujeito de nossa civilização é demandado a não ter vergonha de seu gozo, mas sim de seu desejo e dos significantes mestres que o angustiam”. (2005, p. 20).

Willian ensina que um técnico de referência é aquele para quem o sujeito é exceção, assim como, este profissional é exceção para o sujeito. Mesmo para aqueles que não se definem por serem sujeitos desinteressados, a presença de um interesse particularizado é fundamental para a construção de algo que enlace o sujeito à vida. Nas palavras da técnica de referência, isso se deu “[...] apostando no caso, nesse percurso que foi sendo percorrido aqui dentro [...].” Esta ação específica de cuidado teve efeitos notáveis com este jovem, mas, parece ter se descuidado de algo que se perdeu no âmbito da própria transferência...

6.1.4. O tratamento pela palavra

“[...] não se tomará o que se diz desses sujeitos como substituto de sua própria palavra, o que implica que as demandas formuladas por outros sobre a criança ou jovem (pais, familiares, professores, etc.) sejam ouvidas como demandas desses sujeitos que as formulam. É preciso, pois, dar voz e escuta às crianças e aos jovens dos quais se trata. Reconhece-se, assim, o sofrimento mental da criança ou do adolescente como próprios, o que não é a prática corrente, caracterizada por uma leitura moral em que o outro sempre fala pelo sujeito ao qual nunca se dá voz.”(BRASIL, 2005, p. 11-12)

³⁶ Lo que puede ser nombre, hasta insignia, para el sujeto del deseo no significa nada para quien se sitúa ‘a nivel de la pulsión’. Por eso, en el grafo del deseo la respuesta a la pregunta ¿quién soy? Se da a nivel de la pulsión, [...]. Se trata de algo que no figura en el registro de Otro.

Uma ideia muito comum, presente na prática com adolescentes, e que é desconstruída pelos casos da pesquisa, é a de que adolescentes não conversam. De modo evidente, eles nos dão testemunho disso.

Ao perguntarmos a Jonas o que o tratamento no serviço tinha de diferente, de específico, ele responde: “Eles conversam. [...] O tratamento aqui, nossa, eles organizam a cabeça da gente demais, eles te colocam o certo das coisas, eu não estava aí pra nada não, as coisas tinham que ser do jeito que eu queria. [...], a gente conta os problemas da gente.”

Os efeitos da conversa para Jonas eram o de organizá-lo. Para Willian, parecia ter um efeito semelhante, ou seja, o de circunscrever algo para estes jovens. Ele nos disse que o que fazia ele ir ao serviço era que ali ele podia “[...] conversar, vir aqui conversar!” Para ele o tratamento devia ser: “[...] só isso que eu estou vendo aqui, a coisa que eles fazem é conversar e ajudar, ué. Conversar. Conversar pra ajudar, porque você fica, a cabeça da pessoa pira.” O relato do jovem nos permite verificar que não se trata de uma falação esvaziada. Tanto é que a importância deste recurso para ele, a conversa, se mostra em outro ponto de sua história onde ele não a encontra, ou seja, na relação com seu pai: “Eu só vejo ele, a gente não conversa”.

Jonas e Willian nunca ficaram em Permanência dia no serviço. Willian, mesmo nos momentos em que seu vínculo com a rua se intensificou, sempre foi atendido no ambulatório do serviço. Nas palavras de sua técnica de referência “[...] a gente pensou em permanência (permanência-dia), mas ele falou que não viria”. A parceria com o CREAS teve aí um papel fundamental, pois, surge como alternativa para um acompanhamento mais intensificado, onde o jovem pudesse permanecer inserido em alguns dispositivos coletivos. Mas, ainda assim o jovem não compareceu ao CREAS. Como conta a técnica de referência, o único lugar que aceitou frequentar foi o atendimento “[...] individual, ambulatorial, ele nunca topou nem participar de oficina”.

No caso de Adriano, quando a crise havia passado, a técnica de referência percebe “[...] que ele demonstra sentir-se importante por estar sendo atendido no consultório, como um sinal de melhora.” Neste momento do tratamento o jovem consegue elaborar diversos pontos que pareciam estar soltos e que tinham como efeito deixa-lo também solto na vida. Ela conta que nos atendimentos no consultório Adriano olhava para o pátio e se lembrava do tempo em que esteve lá, na permanência-dia. Tentou elaborar pontos do desencadeamento de sua crise, do início do uso de drogas e do progressivo aumento. Falava da infância, da briga dos pais, de como isso o dividia e de como sentia culpado por desejar ir embora com o pai e seu dilema em deixar a mãe sozinha.

Já no caso de Aline, ela frequentou os espaços da permanência dia, da hospitalidade noturna e do ambulatório. No seu caso, a oferta da palavra pôde advir dos cuidados vinculados no real das necessidades do corpo, e isso teve uma incidência vigorosa para ela. Na verdade, estas medidas permitiram a Aline ser reconhecida como sujeito, por ter tido sua palavra considerada. Ela não falava muito, seu discurso era pobre, mas, ainda assim, no atendimento com sua técnica de referência contou como saiu de casa. A seu estilo, na entrevista, ela também pode nos dizer de seu ponto de angústia quando respondeu a todas as perguntas, exceto uma: sua relação com a família. “Não quero falar disso”. A equipe lhe ofertava a palavra e também permitia que ela falasse com quem demandasse. Foi assim que pediu à equipe para ligar para a casa da mãe e para aquele a quem designou como sendo seu namorado. A palavra também circulou para a jovem, de outros modos, na medida em que a equipe descobre seu gosto pela leitura e, a partir daí, possibilitar em outro momento, sua volta aos estudos.

Marcelo conta como sentiu os efeitos da não circulação da palavra. O momento em que essa questão é mais claramente retratada consiste em sua chegada, em crise, ao serviço, na sequência de ter se submetido a intervenções de vários dispositivos como a polícia, vizinhos, SAMU, o próprio serviço infanto-juvenil e o serviço de adultos. Em suas palavras: “[...] Você chega no lugar sem saber o que está acontecendo... [...] Ninguém me falava nada! Eu achei que ia ficar lá pra sempre! Pulei o muro mesmo com o pé machucado e mesmo assim eles veio atrás de mim”. A técnica de referência sabia que algo havia se perdido: “Não conseguimos construir, assim, um projeto para ele.” Ela também disse que foi “[...] difícil determinar uma conduta, como eu acho que é difícil até hoje.”

O Projeto Terapêutico, recurso que pertence ao amplo campo da saúde pública e que pode ser chamado de Projeto Terapêutico individual, coletivo ou singular (BRASIL, 2007), tem a função de formalizar uma espécie de plano de cuidados do paciente, durante o tempo em que está sob os cuidados do serviço. A impossibilidade da construção deste projeto, para Marcelo, reflete a dificuldade enfrentada pela equipe na construção e acompanhamento do caso. Segundo escreve Viganó (1999), a construção do caso clínico é uma forma privilegiada de se construir, na instituição, um lugar para a palavra, “[...] construir o lugar da palavra subjetiva é criar o lugar do Outro que permite a palavra. O Outro, que nós chamamos equipe de trabalho, é qualquer um que no interior do vínculo social, esteja disponível à escuta [...]” (1999, p.56)

Segundo Alkimim, é preciso estar alertados de que, no momento da crise tendemos a excluir o sujeito (2008, p.1). São “[...] situações em que faltam palavras e sobram atos”. E

isso, segue dizendo o autor, “[...] não se aprende na universidade e deixa toda a equipe numa posição de igual ignorância, ou seja, só quando o paciente começa a falar de sua história é que aprendemos os caminhos de sua subjetividade” (2008, p.3). Operar com a dimensão significativa nos remete a tomar a palavra como direção de tratamento, caminho que, tal como evidenciam os casos, pode levar o Outro institucional a se colocar como exceção ao sujeito. Ao “[...] operar o ato que cria a palavra, estamos no tempo de uma clínica de exceção, da instituição enquanto exceção, ou seja, estamos tomando a instituição enquanto lugar do Outro que pode responder, de maneira diferente e única, à demanda reiterada do sujeito” (2008, p. 3). Há uma passagem do texto de Freud (1905/1996) que nos conta como aprendeu sobre o sentido da angústia infantil, que nos parece bastante apropriada para a questão que abordamos aqui. Escreve Freud:

“Devo o esclarecimento da origem da angustia infantil a um menino de três anos que certa vez ouvi rogar de um quarto escuro: _ Titia, fale comigo! Estou com medo porque está muito escuro! E a tia respondeu-lhe: _ De que adianta isso? Você não pode mesmo me ver. _ Não faz mal. Respondeu o menino. Quando alguém fala fica mais claro”. (1905/1996, p. 212).

Neste sentido, os casos nos permitem, assim, ressaltar a importância da construção, nos serviços, de lugares de circulação da palavra do sujeito e dos profissionais, medidas estas capazes de serem vetores de possibilidades de enfrentamento dos desafios colocados pelas desvinculações dos sujeitos. Diante do desamparo generalizado a que estão todos submetidos na clínica do contemporâneo, a palavra ainda parece ser uma fundamental ação específica de cuidado.

6.2. Da responsabilização das figuras parentais

Comprometer os responsáveis pela criança e o adolescente em suas ações de cuidado é diretriz da política de SMCA. O lugar sintomático do Outro no contemporâneo tende a implicar o CAPSi em uma delicada função. Muitas vezes este serviço é convocado a fazer uma espécie de suplência aos cuidados do Outro parental, o que torna esta diretriz um desafio extremamente complexo para os operadores desta política, tendo em vista o desamparo desconectivo destes sujeitos.

A chegada de Jonas ao CAPSi ocorre por uma demanda espontânea da mãe, mas, ao iniciar o tratamento, suas preocupações iniciais foram revelando aspectos que surpreendem a técnica de referência no que se refere às dificuldades maternas nas “ações específicas” de cuidado com o filho.

“Ele chegou aqui com dezesseis anos, e ele já fazia uso desde os doze, treze anos. A mãe diz que ela percebia, mas, nunca teve coragem de falar com Jonas. Ela percebia o filho estranho, ele dava sinais pra ela, ele tinha assim, sintomas... Então, ele falou com a mãe: eu estou usando e eu preciso de ajuda. Então foi ele que pediu, não foi nem uma percepção da família não. Pra mim, isso foi uma estranheza porque a mãe percebe. Inclusive ela sempre o protege e o criou nesse lugar de incapaz. Ele não dá conta de te perguntar uma coisa, era sempre a mãe que fazia por ele.”

As dificuldades da mãe de Jonas, no exercício das “ações específicas” de seu cuidado, parecem intensificar o desamparo a que todo sujeito já está submetido. No seu caso, elas mobilizam um *plus*, uma superproteção que, por meio de seus excessos, acabam por desamparar ainda mais o sujeito. Jonas não sabia construir limites para o gozo, apenas avançar a partir dele. O medo de morrer do qual é tomado pelo uso abusivo da cocaína provoca uma frágil, mas importante contenção. Aos moldes do que escreve Freud (1985/1996), serão os perigos internos, ou seja, pulsionais, os responsáveis por empreender uma descarga motora de angústia suficiente para, no caso deste jovem, levá-lo a se dirigir espontaneamente ao CAPSi. Lá, acreditava encontrar um outro experiente capaz de empreender ações específicas de cuidado diante de seu desamparo. Jonas demonstra assim, tal como escreve Lacan (1962/2005), que a angústia tem uma relação essencial com o desejo do Outro e, nesse sentido, sob os efeitos da transferência, há uma função do analista a ser exercida nesta relação.

A mãe adotiva de Marcelo também nos dá mostras de suas dificuldades frente aos sinais de desamparo do filho. Ela afirmava desconhecer o uso de drogas do jovem que, por sua vez, dizia gostar de “fumar cigarro, cheirar e fazer uso de pedra”. Conta que só ficou sabendo através do cunhado, entretanto, reconhece para a técnica de referência que percebia quando desde os nove, dez anos, Marcelo saía de casa e ficava longos períodos na rua chegando de madrugada com os olhos vermelhos. Apesar disso, nada foi feito. O pai sempre foi resistente ao tratamento e, segundo a técnica de referência, debochava das intervenções, principalmente as medicamentosas. Por este motivo, “[...] a escuta foi feita muito mais para a mãe, daquilo que ela trazia, desse contexto da adoção, do abandono da família, ela assumindo os cuidados com Marcelo, o marido nem tanto. Ela fala dessa dificuldade do marido com o filho [...]”. É curioso constatar que, mesmo depois de Marcelo abandonar o tratamento no serviço de saúde mental para crianças e adoelscnetes, periodicamente sua mãe procurava a profissional que o atendeu neste serviço para tratar de suas dificuldades com os cuidados com ele e que se faziam presentes em seu dilema de realmente adotá-lo ou não.

No caso de Adriano, seu pai adotivo também parecia saber dos hábitos do filho já há algum tempo. A técnica de referência comenta: “A maconha já era antiga, inclusive quando

ele chega lá no CAPS, [...] a plantonista fala assim, olha, há relato de uso de drogas. Pergunta sobre isso para o pai e ele diz: ‘não, é uma macoinha!’ Aí a menina fala: não, macoinha, não, é maconha!”

Obviamente, não se trata aqui de generalizar as dificuldades das figuras parentais em relação aos cuidados com o sujeito, considerando-as como um abandono deliberado. O que os casos parecem demonstrar é que também para o Outro parental um desamparo se instaura e que isso parece responder aos efeitos do tempo do Outro que não existe. O Outro parental se vê embarçado na sustentação de seu lugar, de seu saber. O real que o revela como barrado, lhe deixa desamparado de suas insígnias sustentadas no simbólico. Do lado do sujeito adolescente, este se encontra em dificuldades de romper com a autoridade dos pais, já que este lugar suposto lhe aparece como inconsistente. Na verdade, muitas vezes, nem há autoridade para se romper. Isso curto circuita o trabalho pubertário gerando desamparo para ambos os lados, já que fica difícil para o sujeito se deparar com a falha no Outro se, antes disso, o Outro parental tem dificuldade de se sustentar de seu lugar, ou seja, um outro experiente cuja função é empreender ações específicas de cuidado para este jovem.

Desta maneira, diante das desinserções apresentadas pelos sujeitos da pesquisa, o Outro institucional, na figura do CAPSi, é demandado a atuar respondendo ao que é imposto na ordem social. Nos casos, isso se faz notar através dos frequentes encaminhamentos e reencaminhamentos que estes serviços recebem da própria família, de órgãos jurídicos, educacionais, de saúde, assistência social e outros. Segundo escreve Tízio (2006), cenários como estes, que revelam uma regularidade e uma centralidade no uso de recursos institucionais podem, na verdade, denunciar um sintoma de nossa época moderna e contemporânea: a impotência e o desamparo do Outro parental no exercício do cuidado do sujeito.

Estas dificuldades não devem ser tomadas no âmbito das políticas públicas ou, em qualquer prática clínica que se dê com esta população, como um modo de destituir as figuras parentais, tal como Rizzini (2004) alerta em seus estudos sociais, que tivemos oportunidade de pontuar no primeiro capítulo. Os pais também são sujeitos a serem cuidados. Devem ser acolhidos e escutados, mas, no âmbito de sua responsabilidade diante do adolescente. Destitui-los deste lugar é ainda mais desamparador para o sujeito. A técnica de referência de Jonas conta como estava situada a este respeito e relata algumas de suas intervenções. “No início, a mãe dele não podia vir, ela é de outro município, ela não podia vir frequentemente, mas eu não abro mão dela vir. Esse padrasto também já veio, a condição do tratamento é a família estar em atendimento, então a gente não abre mão disso.” Mas, muitas vezes, o Outro

parental sequer se apresenta. Neste caso, é outra técnica de referência, a de Willian, que nos demonstra o lugar que o serviço é demandado a ocupar e as ações específicas de cuidado que se percebe realizando:

“Então, assim, hoje a gente até conversou sobre isso [...], e aí eu fiz vários combinados com ele, até a respeito de como, vai ser pra ele ter que acordar cedo, pra ele não criar caso com a avó, porque ela vai ter que acordar ele cedo. Deixar sua roupa separada já, pra você acordar e trocar de roupa. Você tem um primo que acorda cedo, às vezes você pede ajuda pra ele. Aí eu fico falando pra ele que é uma questão de hábito, que ele vai ter que dormir cedo... Então... Sabe? Essas coisas assim, que você tem meio que ir tutelando um pouco, ensinando pra ele. [...] Então assim, a gente foi conversando sobre as possibilidades, como é que vai ser esse dia a dia dele, porque ele vai ter aula todos os dias [...]. Eu acho que vai ser bacana, assim, como é que ele vai fazer, se ele vai pegar um ônibus, dois ônibus, só passa de hora em hora... Ele não pode perder, e aí, se ele combina do avô levar até o centro, do centro ele pegar outro ônibus, então a gente conversou todas essas possibilidades”.

Este modo de ir “tutelando” o sujeito implica em uma das formas pelas quais foi possível empreender, em seu trabalho, algumas ações específicas de cuidado que, embora parecessem ser intrínsecas ao Outro parental, a nosso ver, tiveram efeitos importantíssimos para este sujeito enquanto foi possível manter a transferência com ele.

6.3. Do trabalho em equipe

As dificuldades de adesão ao tratamento, ressaltadas nesta pesquisa, também permitem situar um modo de desamparo do lado dos operadores da política de SMCA. A construção de uma prática coletiva, fundamentada pelos recursos “[...] teórico-técnicos e de saber disponíveis aos profissionais, [...] envolvendo a discussão com os demais membros da equipe e sempre referida aos princípios e às diretrizes coletivamente estabelecidas pela política [...]” (BRASIL, 2005b, p. 16) pública de saúde mental, também nos parece consistir em uma potente ação específica de cuidado, para seus operadores. Tentaremos elencar algumas formas com que o desamparo dos operadores da política aparece nos casos e os impactos desta diretriz em sua prática.

A primeira delas é o enfraquecimento da autonomia da prática clínica. O caso de Willian, nos permite evidenciar este aspecto, de modo muito claro, através do lugar que os processos de judicialização de seu tratamento tiveram na condução de seu caso. Estes processos responderam por encaminhamentos a tratamentos duvidosos no que se refere a sua finalidade, e pouco ou nada eficazes como foi o caso da determinação de sua internação compulsória. “Não adianta, já fui internado! Não era bom não, viu? Você sabe que não é bom estar preso, né?” O suposto caráter terapêutico da medida inexistiu para o jovem, cuja

incidência foi de ter sido preso e não tratado. O caso evidencia o quanto tais medidas, quando tomadas sem a construção coletiva de um caso, acabam por se sustentar em motivos muito mais reparadores e bem menos na especificidade do próprio caso evidenciando, ainda, que correm à revelia da clínica e do trabalho de seus operadores. “Gente, e agora? O que a gente faz? Agora o juiz determinou isso, juiz determinou aquilo. Agora foi a promotoria”, dizia a técnica de referência de Willian, nas reuniões de equipe, quando levava o caso para discussão. “Todo dia, toda reunião eu levava o caso pra reunião de equipe.”

A judicialização do tratamento também era algo que preocupava Aichhorn (2006), já na sua época, e isso reafirma o quanto intervenções desta natureza estão historicamente presentes nas práticas com crianças e adolescentes. Segundo escreve Tízio (2006), o autor acreditava que esta tendência precisava ser barrada por provocar intervenções que obstaculizam a via subjetiva, impulsionando o sujeito a realizar cada vez mais passagens ao ato. Como não acreditava em medidas reducionistas e massificadoras, no lugar delas o autor, também ia em busca do caso único tentando situá-lo mesmo quando a subjetividade estava embaraçada em atos transgressores, mas, sintomáticos de sua época.

Outra vertente do desamparo, com a qual os trabalhadores se deparam é a que coloca em evidência o próprio ser do trabalhador no exercício de sua função. Como bem demonstra a técnica de referência de Jonas...

“Foi um caso que desafiou a equipe, que a gente apostou. Quando ele recaiu a gente ficou frustrado. Acho importante ressaltar isso, eu fiquei com raiva, porque a gente aposta de verdade nele, sabe? Coloquei pra ele que eu estava com raiva, mas que eu estava aqui, eu não, o serviço está aqui.”

A frustração com o retorno do sujeito ao uso de drogas expõe, assim, a subjetividade que também existe do lado do trabalhador e que se soma ao que é vivenciado, por ele, mediante as constantes interrupções e abandonos do tratamento. Em “A direção do tratamento e os princípios de seu poder”, Lacan (1958/1998) diz que o analista, ou, no caso da pesquisa, aquele que conduz um tratamento, “[...] é menos livre em sua estratégia do que em sua tática” (p. 595), sendo isso o que o remete à política de sua própria falta-a-ser.

A técnica de referência de Marcelo elenca uma série de dificuldades para a consolidação da prática psicossocial com adolescentes usuários de drogas no âmbito de sua prática.

“A primeira coisa é o nosso despreparo para lidar com o adolescente em uso abusivo de álcool e outras drogas. [...] E a partir daí tem toda uma dificuldade nossa de estrutura física... Além da questão dos recursos humanos que precisa se qualificar pra aprender, acolher e cuidar. Os dispositivos que a gente tem para oferecer são muito rasos pra esse tipo de paciente, para o adolescente com toda sua demanda. Então, isso

faz com que a gente veja o tempo todo, esses casos ficarem aí no limbo”.

Ela observa que o uso de drogas, desvinculado da psicose, implica em dificuldades ainda maiores: “[...] quando não tem um traço psicótico ficaria mais difícil ainda porque eles (adolescentes usuários de drogas) não se veem nesse lugar, no tratamento na saúde mental”.

O relato de uma das técnicas de referência de Adriano, ele teve duas ao longo do tratamento, ilustra um pouco a problemática do lugar destes jovens no interior do CAPSi: “Os casos que chegam pra nós, eles (os adolescentes usuários de drogas) não suportam. É autista, é retardo mental, eles não suportam”. Mas, em outro relato, ela conta que Adriano também teve contato com um grupo de adolescentes, na ocasião, estáveis e sem apresentar quadros de maior gravidade.

“Então, tiveram alguns adolescentes aqui na semana passada, eles sustentaram bem ficar aqui no ambiente, junto com Adriano, até porque eram jovens que estavam bem, tranquilos, sabe? E eles tocam violão e cantam. E Adriano estava perturbando muito o ambiente, pra lá e pra cá, inquieto, gritando, batendo nos portões, sabe? Aí eles nem ficaram aqui dentro. Foram tocar violão lá na rua. Depois que Adriano saiu é que eles vieram”.

Em outro relato ela situa as dificuldades de adesão ao tratamento, como estando atreladas à melhora do caso: “[...] quando eles estão piores, quando chegam, até suportam mais um pouco. Mas assim que começam a melhorar, não suportam mais. E fica um... sabe? Fica insustentável, porque aí começa a ter crise pra não ficar no serviço”. Por esta perspectiva, a nosso ver, as dificuldades de adesão ao caso, não deixam de ser mesmo um sinal de melhora.

Esses relatos demonstram desafios que parecem ir se sucedendo de tal maneira que vão se encadeando em um cenário que se mostra quase que insustentável. Não por acaso, o limbo, ao qual a técnica de referência de Marcelo se refere nos remete ao não lugar, que tanto aparece nos casos da pesquisa, de diferentes modos. Não podemos esquecer, que na história das políticas públicas, inúmeras vezes buscou-se soluções imediatas e reducionistas para problemas altamente complexos. Nesse sentido, é preciso refletir sobre os pontos levantados um pouco acima: o despreparo para lidar com estes casos, as dificuldades na estrutura física dos serviços, a formação profissional para aprender a acolher e cuidar, e a construção de dispositivos clínicos específicos para estes casos. São pontos importantes para serem debatidos.

Como vimos, a política de SMCA preconiza que, antes de tudo, é preciso considerar cada criança e cada adolescente como sujeitos em sua dimensão psíquica e social. O aporte que trazemos aqui é o de que não podemos esquecer que estes sujeitos são adolescentes, assim

como, os demais atendidos nestes serviços. Trazem especificidades e demandas complexas, assim como também trazem os demais casos, os adolescentes autistas, “retardados”, anoréxicos, loucos, os que provocam auto mutilações, os que tentam o autoextermínio... Perguntamos: Como avaliar se a crise de um psicótico, ou de um autista é mais ou menos crítica que aquela provocada por substâncias químicas? O CAPSi também não precisou construir um saber-fazer para lidar com as questões destes casos?

De fato, os jovens da pesquisa apresentam diversas experiências desconectivas, dentro e fora do CAPSi. Mas, os casos da pesquisa que estabeleceram algumas possibilidades de conexão com o tratamento, mesmo que pontuais, demonstram que foram eles próprios que demarcaram para a equipe e para o técnico de referência, os recursos que demandavam do serviço. A rigor, estes recursos não foram muito diferentes daqueles que o serviço já dispunha. Para uns, o ambulatório, para outros a permanência-dia, ou a hospitalidade noturna. Em outros casos a Unidade de Acolhimento e o Consultório na Rua, foram fundamentalmente estratégicos. Não é mera coincidência que o único caso em que as dificuldades de adesão ao tratamento resultaram em efetivo abandono, tenha sido o caso de Marcelo, o jovem intruso. Mas, as questões mais específicas deste caso, trataremos mais adiante.

De fato, é realmente necessário que todo profissional que se disponha a acolher, cuidar e tratar do sofrimento psíquico de outro sujeito se qualifique para isso. O que ensina a psicanálise, bem como a política de SMCA, é que um saber puramente técnico ou especialista, que não inclua o saber do sujeito, pode acabar funcionando muito mais como obstáculo do que como garantia de sustentação de uma prática. É o sujeito quem sabe sobre sua história e suas significações, tal como escreve Alkimim (2008). É preciso operar com o saber do paciente e não com o saber sobre o paciente, e isso implica em “[...] criar um ‘vazio do tempo clínico, que não é um vazio de assistência, mas Um vazio de saber’, o que permite que o paciente faça suas próprias perguntas sobre o seu mal-estar” (2008, p. 3).

Em “A direção do tratamento e os princípios de seu poder”, Lacan (1958/1998, p. 592) alerta sobre o que está em causa na prática do analista quando “[...] a impotência em sustentar autenticamente uma *praxis* reduz-se, como é comum na história dos homens, ao exercício de um poder.” Essa afirmação pode ser estendida a outros profissionais. Quando a dimensão da singularidade se dilui ou fica inexistente na prática dos profissionais, é o próprio exercício de poder que se apresenta como direção de tratamento. Podemos reconhecê-lo pelo recurso a práticas disciplinares e normativas, cujos efeitos excludentes se desdobram em posições que negam a esses sujeitos a possibilidade, mínima que seja, de se haver com sua realidade psíquica. Nesta vertente, experiências como a que denunciou Foucault (1981) sacralizaram a

noção de um *habitat* natural para a loucura, através do saber psiquiátrico.

6.4. Da construção permanente da rede e o encaminhamento implicado

Sabemos que não existe uma composição ideal para a montagem de uma rede de cuidados na atenção psicossocial. A Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011) institui um modelo de funcionamento, mas sua maior potência está na dimensão solidária, criativa e estratégica na articulação de ações ligando os diversos pontos de apoio de que dispõe. Por isso, se diz de uma construção sempre permanente, ou seja, uma construção que se faz e se desfaz na dinâmica própria dos territórios que cada sujeito põe em evidência. O encaminhamento implicado retroalimenta esta construção, na medida em que suas ações implicam neste processo o serviço que recebe o caso. (BRASIL, 2005b).

Na articulação entre estes dois princípios, ressaltamos alguns elementos presentes nos casos de Marcelo e Adriano. O encaminhamento de crianças e adolescentes em pernoite no serviço de saúde mental para adultos, o CAPS, é uma invenção própria à construção permanente de redes em que ainda não é possível o funcionamento 24 horas do CAPSi e que aparece nestes casos. Obviamente, este arranjo deve funcionar respeitando o que preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente, ECA, (BRASIL, 1990a), garantindo a permanência dos jovens em lugar adequado para sua faixa etária, a presença de pais ou responsáveis e outros fatores³⁷. A Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011), também prevê como deve se dar o acolhimento destes casos em serviços que atendem a população adulta.

Como mostram os casos é um fato que estas experiências trazem certos tensionamentos. Geralmente, isso pode ocorrer tanto do lado dos serviços de pacientes adultos, como também dos próprios jovens. Embora a experiência desta pesquisadora indique que do lado do CAPS, é possível haver questionamentos que levem em conta à especificidade desta clientela e o modo como alteram a rotina de funcionamento dos serviços voltados para a população de adultos, os casos da pesquisa não evidenciam isto de forma aparente. É claro que a oferta de serviços destinados às especificidades da infância e da adolescência são situações a serem buscadas por serem mais adequadas. Mas, por outro lado, ser tratado no próprio município através de uma rede de cuidados na qual seus pontos de apoio conversam entre si e decidem assumir o caso é, com certeza, uma ação específica de cuidado que pode se opor às dificuldades de adesão ao tratamento. Cabe ressaltar que tanto o ECA (BRASIL,

³⁷ Não há um artigo específico no ECA referente a esta situação, mas vários que podem nortear estas ações, entre eles os Art. 4º, 11º, 12º, 93º e 94º.

1990a), quanto o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990b) preconizam a municipalização do atendimento dos casos.

Segundo conta a técnica de referência de Adriano, apesar da equipe não estar habituada com casos que demandam este tipo de medida, “[...] já tem um tempo que a equipe toda já vem trabalhando isso sabe? Nós temos condições de bancar, a gente já bancou outros casos aqui, graves também, mas que tinham um aparato familiar melhor do que o do Adriano”. A técnica conta que ele foi encaminhado para o CAPS de adulto para o pernoite no mesmo dia em que chegou ao CAPSi, já que estava em crise, o serviço não tinha médico naquele momento, estava próximo do horário de fechar e Adriano não tinha condições de passar a noite em casa pelo quadro que apresentava. Ela então conta como se deu este encaminhamento. Orientou Adriano e seu pai no seguinte sentido: “Olha, nós já conversamos com a médica, a médica vai avaliar e medicar... se necessário!” Em seguida ela conta que o acompanhou na ambulância do SAMU até o CAPS de adultos. “Eu e o pai fomos dentro do SAMU, na ambulância do SAMU, acompanhando ele lá no CAPS. Ligamos né, fizemos o contato prévio e levamos Adriano. E nós fomos acompanhando.” Em sua avaliação a equipe do CAPS de adulto se envolveu com o caso, dava notícias da relação da mãe com o jovem, avaliava o modo com que o pai diminuía o problema do uso da maconha. Foram mais de quinze dias de pernoite no CAPS.

A própria escolha do caso para a pesquisa, passou pelas possibilidades que ele trouxe ao promover a articulação de uma rede que era convocada a se voltar para as questões que ele apresentava. Este caso levou a equipe a realizar reuniões e estabelecer ações com a Unidade de Pronto Atendimento, UPA, a Unidade Básica de Saúde, UBS, com a equipe do CAPS de adultos e a discutir o caso com o Serviço Atendimento Móvel de Urgência, SAMU. Não há nenhuma queixa significativa do jovem às intervenções que recebeu destes serviços. Houve inclusive um relato de que em uma das vezes que o CAPSi precisou leva-lo a UBS ele evacuou no corredor da Unidade, sem nenhuma crítica quanto a isso. A situação, obviamente, trouxe impasses e alguns conflitos, mas foi conduzida entre aos profissionais de modo satisfatório.

Mas, o caso que mais nos fez pensar sobre o que as ações de cuidado podem oferecer em termos de rede e do encaminhamento implicado, foi mesmo, o de Marcelo. Diante da evidência de seu abandono ao tratamento, sua técnica de referência tentou construir possibilidades de tratamento com outros atores. Mas nenhuma conexão se estabelecia. Com outros casos, o CAPSi já havia estabelecido inúmeras parcerias com o CAPS de adultos, em relação aos pernoites de crianças e adolescentes do município e, assim como ocorreu com

Adriano, Marcelo também foi acolhido em um longo período de pernoites e fins de semana no CAPS. As equipes discutiam o caso e se reuniam. Nas palavras da técnica de referência de Marcelo o serviço de adultos...

“[...] interferiu foi positivamente até, porque o tempo que a gente conseguiu a retaguarda do pernoite para ele foi o tempo em que se conseguiu minimamente estabilizar o quadro. Quando isso se perdeu pela dificuldade que a própria família colocou, aí a coisa se perdeu de novo.”

Mas, apesar disso, a posição de Marcelo em relação a ambos os serviços se mantinha resistente no sentido de não se vincular, nem a eles e nem a outros pontos da rede. A Equipe de Saúde da Família foi a opção pensada diante do abandono do tratamento, na expectativa de construir um encaminhamento implicado com este serviço. A técnica de referência foi até esta equipe e realizou algumas reuniões nesse sentido. Mas, o jovem não aceitou ser acompanhado por eles, embora esta equipe também não o tenha procurado para estabelecer nenhuma tentativa de tratamento. Se houve quem encaminhasse, não houve quem o recebesse. O encaminhamento se perdeu e o jovem manteve-se desligado da rede.

Não havia referências ao CRAS ou, mesmo ao CREAS. Sobre a escola, sabíamos apenas de suas evasões. Dois princípios importantíssimos da política de Saúde Mental para Crianças e a Adolescentes pareciam não ter tido incidência sobre o caso: o encaminhamento implicado e o trabalho em rede. Os únicos serviços que tiveram algum tipo de relação com este jovem na rede de atenção psicossocial foram os próprios serviços de saúde mental para adultos e para criança e adolescente e, do ponto de vista do vínculo com os serviços, como sabemos, os resultados não foram positivos.

Uma pesquisa de Passos et al (2016), realizada recentemente na rede de atenção psicossocial do município de Marcelo, apresenta um diagnóstico detalhado acerca do contexto no qual se insere os casos de jovens usuários de drogas. Em sua origem as bases para a implantação deste serviço se estabeleceram a partir da construção de quatro princípios norteadores. Vale a pena cita-los aqui:

“A consideração da criança e do adolescente como sujeitos de direito; Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde; Os princípios éticos e políticos da luta antimanicomial e; A consideração da criança e do adolescente como sujeitos singulares. (ANTUNES, 2003, p. 256).”

O recorte feito pelos pesquisadores apontou um cenário identificado por situações de desassistência e desencontro de ações nas experiências que foram relatadas acerca dos casos de jovens que fazem uso e abuso de álcool e drogas. Havia no município outro serviço que também recebia estes casos, mas, a comunicação com a rede de atenção psicossocial quase

não se estabelecia. Com os demais serviços da rede, a situação não se diferenciava muito.

“Vários entrevistados apontaram a inexistência de um fluxo sistematizado ou com procedimentos definidos para a atenção a crianças e adolescentes em situação de uso abusivo de álcool e outras drogas. Os profissionais disseram haver um “buraco” na rede assistencial em se tratando de drogas, especialmente para crianças e adolescentes. (PASSOS et al, 2016, p.591)

No cenário da pesquisa citada, o CAPSi em que Marcelo foi atendido é reconhecido em seu território de abrangência como serviço referência apenas para casos em que verifica-se que o uso de drogas está associado a presença das questões próprias à loucura. “Os entrevistados disseram só encaminhar os casos referentes a crianças e adolescentes para o ‘X’ [...] quando observavam algum transtorno mental associado ao uso de drogas.” (PASSOS et al, 2016, p. 592) Subentende-se, “loucura”. Estes casos não chegavam a 5 % dos casos atendidos em um ano neste CAPSi. Segundo outra fonte (MAIA, 2013), um percentual parecido com este também se pode encontrar em outro CAPSi de outro município de Minas Gerais. No caso do serviço que atendeu Marcelo, os pesquisadores destacaram que “o serviço reconhecia que ‘estavam engatinhando’ no atendimento a esses casos, pois ao longo do tempo se dedicou ao atendimento de autistas e psicóticos.”(PASSOS, 2016, p.592).

O caso de Marcelo parece ensinar de modo muito claro, sobre o modo como o mandato psicossocial do CAPSi não pode ser pensado como algo estanque. Ele responde a questões dinâmicas que a subjetividade de crianças e adolescentes apresenta através do modo com que lidam com o sofrimento psíquico inerente à sua condição de sujeito. Deste modo, o caso também nos leva a considerar ao “pé da letra” o que significa o princípio da construção *permanente*³⁸ da rede, presente na política de Saúde Mental para crianças e adolescentes. Como um sintoma da rede a qual pertence, este jovem deixa evidente que antes mesmo de se pensar em uma rede “adequada”, ou, “idealizada”, é preciso pensar em uma rede em que adolescentes como ele possam não ser “intrusos” nela própria. Para isso é preciso que a rede se organize para que eles tenham nela, um lugar.

6.5. Intersetorialidade e território

Os modelos setorizados de cuidado, fundamentados em propostas altamente especializadas, têm respondido ao longo do tempo, de forma bastante restrita à complexidade que as questões de saúde mental para crianças e adolescentes apresentam. (PASSOS et al, 2016). Em geral, localizam o problema nos sujeitos e tendem a não promover nenhuma

³⁸ Grifo nosso.

implicação de outros pontos da rede nas questões levantadas por esta população. Deste modo, na atenção psicossocial, a intersetorialidade se afirmou como um princípio propositivo fundamental para a implementação de uma rede de cuidados para esta população. Ela promove montagens de redes que fazem enfrentamento à histórica tendência à institucionalização de crianças e adolescentes no país, desempenhando um papel, particularmente estratégico, para as ações de cuidado em saúde mental de meninos e meninas na atenção psicossocial. “Foi a tomada de responsabilidade pelo tratamento e cuidado da infância e adolescência que inscreveu definitivamente no campo da saúde mental pública a ação intersetorial como marco de referência [...]”. (DELGADO e COUTO, p.1) Nesta perspectiva, a intersetorialidade possibilita a construção de uma prática clínica que conta com a participação de outros atores na implementação de ações que, neste fazer, promovem o surgimento de uma rede.

“Um trabalho clínico não pode deixar de ampliar-se também no serviço, de seus portões para fora, para a rede que inclui outros serviços de natureza clínica (outros CAPSis e CAPS, ambulatórios, hospitais, PSFs, etc.), mas também outras agências sociais não clínicas que atravessam a vida das crianças e jovens: escola, igreja, órgãos da justiça e da infância e adolescência, Conselho tutelar, instituições de esporte, lazer, cultura, dentre outros. (BRASIL, 2005b, p.14)

No âmbito da política de Saúde Mental para a Criança e o Adolescente, sabemos que seus princípios propositivos se articulam e se sustentam mutuamente, mas, em virtude daquilo que os casos da pesquisa apresentam, somos levados aqui a destacar a relação entre a intersetorialidade e a noção de território. Nesta política o território é concebido como...

“[...] um campo que ultrapassa em todos os sentidos o recorte meramente regional ou geográfico, que, no entanto, importa nele. O território é tecido pelos fios que são as instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, incluindo: sua casa, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas, o posto de saúde e todas as outras, incluindo-se centralmente o próprio sujeito na construção do território” (BRASIL, 2005b, p.13).

Os casos da pesquisa colocam em relevo um espaço geográfico que, de modo geral, remeteu o campo da atenção psicossocial a ações mais voltadas para a população adulta. Trata-se do espaço da rua que, obviamente, não é um setor e nem responde por um órgão público, privado ou da sociedade civil, mas, um lugar em que meninos e meninas também habitam e circulam. Em alguns casos da pesquisa, o território do sujeito se reduziu, em alguns momentos, ao espaço da rua. Deste modo, cabe pontuarmos uma particularidade frente a afirmação de Delgado (2007) de que a clínica que se desenvolveu a partir da Reforma Psiquiátrica é uma clínica do território. Com a população adulta, a desinstitucionalização

necessária à desconstrução do modelo asilar ressaltou a importância de se implementar ações que visavam a autonomia e a cidadania dos sujeitos e isso, naturalmente, demandou que a noção de territorialidade tivesse certo protagonismo em relação a estas ações. A intersectorialidade teria aí um “[...] papel relevante, mas suplementar.” (COUTO e DELGADO, 2010, p.1) Ocorre que, se para a população adulta, as questões clínicas, políticas e sociais decorrentes do estigma da loucura convocaram a noção de territorialidade, com a população de crianças e adolescentes os problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, tornou-se determinante para isso.

Ocorre que esta noção implica em desafios constantes para a prática dos operadores da atenção psicossocial, seja com crianças e adolescentes, seja com a população adulta. O território, tal como observa Delgado, “[...] está fora dos lugares que asseguram o exercício da clínica nas tradições que fomos formados: o consultório, o ambulatório, o hospital psiquiátrico, a emergência” (2007, p.61). O profissional é chamado a se deslocar de certos lugares mais ou menos protegidos, para outros, que demandam certas construções necessárias para o alcance dos sujeitos dos quais seus cuidados deve se ocupar. A atuação que se realiza aí supõe a construção de uma prática que leva em conta alguns pontos de incerteza que o caso apresenta. Mas há também pontos de referência. “O que fazemos é transformar o território em lugar de cuidado” (DELGADO, 2007, p. 60-61). Trata-se, como segue dizendo o autor, de um cuidado que implica um esforço imperfeito, contingente e historicizado, já que, este *locus* de atuação não está delimitado no interior de nenhum serviço, mas, se determina pela realidade que o próprio caso apresenta.

Há uma expressão de Miller que, apesar de se referir mais diretamente à prática do analista, também contribui para a reflexão que se pode estabelecer acerca da questão da intersectorialidade e do territorialidade, na prática de outros profissionais. Ele critica os psicanalistas que se encerram em seus consultórios, em sua “extraterritorialidade” (2008b, p.10), já que, um “[...] analista não pode funcionar se não estiver em conexão direta com o social” (p.11). Obviamente, como se sabe, em psicanálise, o social surge no discurso do sujeito e, por isso, independe de um lugar empiricamente constituído. Mas, isso não significa como discutimos no terceiro capítulo, que a psicanálise não seja tocada e convocada a construir respostas possíveis para as questões que a ordem social coloca para a subjetividade dos sujeitos.

Para refletir sobre estes aspectos, tomaremos o caso de Aline como emblemático. Partimos do modo com que esta jovem chega ao serviço de saúde mental infanto-juvenil, ou seja, pela intervenção da equipe do Consultório de Rua, dispositivo integrante da rede de

atenção psicossocial do município em que se situava. Esta equipe participou ativamente das discussões e do acompanhamento deste caso, algo que nos foi possível presenciar durante algumas das vezes em que visitamos o serviço para realizar a pesquisa. O relato de sua técnica de referência nos dá uma primeira impressão disto. Ela conta que Aline...

“[...] chegou por uma demanda ao Consultório de Rua, com duas técnicas que já vinham fazendo uma tentativa de aproximação dela, a nível da abordagem destas, do Consultório de rua. Eles vão até a região onde Aline fica, que é na região na nossa regional noroeste.”

O olhar, a escuta e o cuidado compartilhados por ambas as equipes, parecia contribuir para o surgimento de um novo traçado no território de Aline, um traçado em que o serviço de saúde mental ganhava lugar, operando suas “ações específicas”, frente ao desamparo e a solidão que estava submetida. Se a volta para a rua provocava uma espécie de frustração na equipe, buscar o serviço espontaneamente era um índice inequívoco de um lugar que o serviço passava a ter para esta jovem. Isso começa a ocorrer nos momentos em que estava mais debilitada pelo uso abusivo de crack, e pelas situações de abandono e maus tratos que faziam parte de sua vida na rua. De algum modo, já não estava tão solta e errante, havia um ponto, no território, que sabia buscar quando precisasse.

De modo geral, não queria ser abrigada, contrariando o que se pensa ser a regra para a maioria. As políticas públicas mais a desamparava que a amparava. Mas, quando aceita ser abrigada, no lugar que, não por acaso é chamado de “abrigo”, relata o seguinte à equipe do serviço: “Senti solidão lá. Não gosto de conversar com adolescentes que só falam em usar drogas.” Aline demonstrava, assim, dois importantes aspectos da desinserção: a solidão é sempre uma experiência que só pode ser compreendida no singular de cada caso, assim como o uso de drogas.

Em visita à cidade onde se situava o serviço que atendeu Aline, Lacadée (2016) conheceu, por coincidência, a região em que Aline ficava. Acompanhando uma das equipes do Consultório de Rua, ele destacou a potência que pode ter o trabalho de uma equipe que circula nestes espaços de errância e abandono, em que os sujeitos se encontram como “mortos vivos” (p.41), detritos, tomados pelo uso abusivo de uma substância. Ele escreve que esses sujeitos lhe ensinaram o significado do que Lacan (1960-1961/1992, p.41) disse acerca de se dar o que não se tem. Não se trata necessariamente da oferta de tratamento, mas de uma presença, a presença do Outro da palavra que, por seu simples endereçamento, tem o efeito de reconhecer um sujeito no corpo cansado, descuidado, solitário, errante e desamparado. Aline fala desta dimensão de cuidado quando, a seu modo, define o trabalho da equipe do

Consultório de Rua: “[...] eles vão lá, dão água, remédio, camisinha...” Eles vão lá, aí está uma presença que conta.

No caso desta jovem, os mesmos cuidados que se fizeram presentes na extraterritorialidade da rua, permitiram ressignificar aqueles estabelecidos no interior dos serviços de saúde mental. O relato da técnica de referência nos dá conta disso. Quando Aline chegou ao serviço de saúde mental...

“[...] aceitou esse momento das primeiras vinte e quatro, quarenta e oito horas do acolhimento. Aceitou bem, porque ela praticamente tomou banho, alimentou e dormiu! Assim! Meio que direto, sabe? Acordou e tomou um pouco de força, aí ela já começa com a demanda de ir embora.”

Tomar banho, se alimentar e dormir, não por acaso, nos faz lembrar das “ações específicas” as quais Freud (1895/1996) se refere no âmbito mesmo de certas necessidades primordiais. No caso de Aline ainda podemos reconhecer outras que fazem série a essas, como receber água, remédio, poder tomar banho e ter lugar para descanso. Estas medidas, a princípio, podem parecer incoerentes com a função de um serviço de saúde mental, já que estes não se definem por instituições do tipo de abrigos ou albergues. Por isso, Aline nos convida a revisitar a função e a definição dos CAPS na rede de atenção psicossocial. De acordo com uma das definições do Ministério da Saúde...

“Os CAPS são serviços estratégicos para agenciar e ampliar as ações de saúde mental e contra os efeitos do uso de álcool e outras drogas. O serviço deve se organizar para ser uma porta aberta às demandas de saúde mental do território e também deve identificar populações específicas e mais vulneráveis que devem ser objeto de estratégias diferenciadas de cuidado.” (BRASIL, 2014, p.34).

Aline dá substancialidade a esta definição ao demonstrar, de modo mais específico, que medidas aparentemente de hospedagem, também podem permitir efeitos vigorosos no que se refere a um tratamento possível de quem se encontra inteiramente desamparado. Zenoni (2006), já dizia que as instituições de saúde mental devem cuidar, acolher, abrigar e tratar. Elas devem fazer isso, justamente porque estão situadas por aquilo que chamou de motivação clínica. Mesmo que o abrigo, o cuidado e a proteção sejam suficientes para o sujeito, tais medidas não estão desimplicadas dos efeitos desta motivação clínica.

No caso de Aline, foram justamente estas medidas que permitiram ao serviço de saúde mental e a rede, reconhecerem a presença de um sujeito em um corpo desamparado e errante. Por esta via, de forma intersetorial e territorializada, e através do trabalho das equipes do serviço de saúde mental para crianças e adolescentes e do Consultório de Rua, Aline passa a existir para a rede, para as Unidades de Saúde, para o Abrigo, para o Setor de Educação,

através do Programa de Educação de Jovens e Adultos, e para o serviço de saúde mental da população adulta que a recebe algum tempo depois que completa dezoito anos. Aline sai da rua e passa a morar em uma casa com uma irmã em uma situação que ainda requer cuidados da rede. Mas, ao oferecer-lhe um lugar nesta montagem de rede, estes serviços contribuíram para que a jovem pudesse construir seu próprio lugar na vida, ainda que frágil.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

As dificuldades de adesão ao tratamento, nos CAPSi, por adolescentes usuários de drogas foram colocadas em questão, neste estudo, no sentido de evidenciar o que elas podem ensinar ao trabalho que acontece nestes serviços.

A hipótese apresentada foi a de que as dificuldades de adesão dos jovens ao serviço, veiculadas pelo uso de drogas, não implicavam, propriamente, na impossibilidade de tratamento, sendo ainda capazes de ensinar sobre suas possibilidades no campo da atenção psicossocial. Ao longo da pesquisa ela foi colocada a prova e demonstrou ser sustentável. Esta hipótese nos afastou de perspectivas que abordam o fenômeno do uso de drogas na adolescência de modo generalizado e reducionista. Para desenvolvê-la recorreremos às referências presentes no ensino lacaniano, articuladas ao campo da atenção psicossocial, que se assentam sobre a perspectiva da singularidade que um caso único prevê.

Ao considerar que o problema de pesquisa se origina do campo da atenção psicossocial, tornou-se pertinente que os estudos realizados partissem da contextualização histórica do mesmo. Uma leitura psicanalítica acerca deste contexto revelou a presença de um sintoma social na história dos CAPSi em relação aos casos de adolescentes usuários de drogas. Por ter sido criado para incluir o sofrimento psíquico da criança e do adolescente, sobretudo em suas modalidades mais devastadoras, observou-se um questionamento nas práticas do CAPSi, com relação ao não reconhecimento, imediato, do sofrimento psíquico nestes casos, adiando assim sua inserção no campo da atenção psicossocial. Neste cenário, as dificuldades de adesão ao tratamento de adolescentes usuários de drogas encontrou terreno favorável em alguns serviços, para se “naturalizar” como um problema típico da adolescência, sobretudo a marginalizada. A contextualização histórica permitiu verificar que se os adolescentes, usuários de drogas, apresentam dificuldades em aderir ao tratamento, inicialmente, estas dificuldades estiveram do lado do próprio serviço, de modo que não se pode negligenciar o potencial de desassistência presente aí.

A tradição da psicanálise freudiana, no que se refere à ênfase dada ao ensinamento que se produz no caso a caso, foi considerada na perspectiva milleriana através da noção de caso único. Quatro frentes de trabalho se abriram:

Na primeira analisamos as especificidades das dificuldades de adesão ao tratamento dos jovens levando em conta o uso de drogas. Outra formalização milleriana foi buscada, a da desinserção, que permitiu que as dificuldades de adesão ao tratamento dos jovens fossem consideradas como sintomas sociais. A queda dos ideais que garantiam uma suposta proteção

à criança e ao adolescente demonstrou a incidência das destituições simbólicas do Outro, fazendo surgir um território do sujeito adolescente desinserido. Neste sentido, a noção de realidade psíquica foi convocada para evidenciar que um sintoma social demonstra, no sujeito, o que fracassa dos ideais dominantes de uma época, a partir de modos singulares de resposta a essas configurações. A droga, como objeto acessível na ordem social, marcada que está pelo sistema capitalista, se instaura na lógica do consumo, no sentido de buscar estabelecer satisfações pulsionais compensatórias. Deste modo, seja no serviço de saúde mental, na família, na escola, nas relações amorosas, no trabalho ou, em todas as instâncias sociais e contemporâneas, que fazem parte do mundo social do sujeito adolescente, suas experiências subjetivas de desconexão social respondem, de modo geral, às tentativas do sujeito de se haver com algumas das consequências do declínio do pai e os efeitos disso na relação com o Outro. O serviço de saúde mental infanto-juvenil, como parte da ordem social, está inteiramente implicado neste cenário e responde pelos efeitos disso no Outro institucional.

O estudo da clínica psicanalítica do sujeito adolescente na sua relação com o Outro parental situou, em alguns casos, o encontro do sujeito com o objeto droga. As referências de Lacan acerca de dois textos, Os “Complexos familiares” e “Duas Notas sobre a criança”, permitiram ressaltar que, na perspectiva psicanalítica, a transmissão biológica que se realiza nas relações familiares é secundária ao que de fato importa nesta relação, ou seja, a construção de um relação do sujeito com o desejo. Esta relação passa pelo modo com que se inscreve o desamparo estrutural do sujeito no contemporâneo. A busca por situar, em cada caso, o lugar que cada jovem ocupa para o Outro parental permitiu compreender seus modos de desconexão social, mediados pelo objeto droga, a partir das contingências que a puberdade insere no real. Verificamos que estas experiências podem incidir na relação do sujeito com o Outro institucional, o que evidencia a importância do serviço se interessar por elas, já que podem oferecer coordenadas importantes para este trabalho.

Das problematizações diagnósticas acerca da toxicomania e sua incidência para o sujeito adolescente em suas dificuldades de adesão ao tratamento nos CAPSi, verificou-se que a clínica da toxicomania não pode ser considerada restringindo-se a uma perspectiva estruturalista, embora, apresente suas particularidades em cada tipo clínico. A importância de se refletir sobre as classificações no âmbito da clínica psicossocial, e como elas podem incidir sobre a desinserção que se dá no tratamento também foram ressaltadas. Os aspectos clínicos dos casos demandaram uma discussão que levasse em conta uma discussão acerca da classificação dos casos e da perspectiva inclassificável dos mesmos. As considerações

referentes às Conversações de Arcachon (MILLER, 1998) foram requisitadas para favorecer esta reflexão, demonstrando que, de modo singular, todo caso ensina e isso o faz um caso único e notável. Neste sentido, os casos apresentaram suas perspectivas diagnósticas paradoxais, ensinaram sobre os efeitos desconectivos da toxicomania e apontaram caminhos singulares para a construção de estratégias de cuidado nesta clínica. A perspectiva do caso a caso se revelou importante para a não reprodução da desinserção.

Na quarta frente de trabalho refletimos sobre os impasses e possibilidades intrínsecos ao mandato psicossocial dos CAPSi junto aos adolescentes usuários de drogas. A analogia realizada entre as noções freudianas do desamparo e das ações específicas de cuidado, mediada pela leitura de Aichhorn, (2006) em “Juventude Desamparada” convocaram os princípios da política de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes no âmbito cotidiano do trabalho que os casos demandavam. Resultou daí que os próprios casos indicaram possibilidades de tratamento, mesmo na presença da dificuldade de adesão, tendo em vista a presença da droga. Eles também apontaram ações dos próprios serviços, que serviram à desinserção, o que também propiciou especial ensinamento acerca do problema de pesquisa. Constatamos que os princípios propositivos desta política são vigorosos recursos na construção de possibilidades frente às dificuldades de adesão dos sujeitos adolescentes, bem como ao desamparo implicado nesta prática clínica.

Em que pese às inúmeras e árduas dificuldades que se tem na implantação de uma política pública, o contexto das dificuldades de adesão ao tratamento dos jovens da pesquisa evidenciou um ponto a ser enfrentado e refletido. A psicose e o autismo foram paradigmáticos para o estabelecimento da clínica e de uma política pública para os casos graves na infância e adolescência. Há razões históricas que o justifiquem. Mas, as ações do CAPSi nunca se restringiram apenas a estes casos. Entre tantas potências que estes serviços demonstram possuir, no âmbito das políticas públicas, cuja incidência ultrapassa o próprio campo da saúde mental, o cotidiano do trabalho que aí se realiza revelou algo que a psicanálise já sabia. A criança e o adolescente são sujeitos que, como tais, estão submetidos às vicissitudes enigmáticas e angustiantes da condição humana. Eles aprendem, desaprendem, se desenvolvem, retrocedem, se socializam, se inibem, e dão mostras disso. Como todo sujeito, buscam recursos para suas questões subjetivas no contexto próprio de sua época, assim como é a droga no contemporâneo. Por este motivo, têm o “[...] direito de serem cuidados quando o sofrimento se fizer insuportável ou quando impossibilitar a construção ou sustentação de laços sociais sem que esse cuidado se reduza à correção, normalização ou adaptação de comportamentos” (COUTO e DELGADO 2015, p.22).

Este estudo verificou diversos aspectos. Começamos por destacar que o não lugar e o desamparo vivenciado pela maioria dos jovens usuários de drogas da pesquisa, não se restringe à relação com o Outro parental, mas se estende de modo sintomático à relação com o Outro institucional, incluindo aí o CAPSi e a rede de atenção psicossocial. Foi assim com Aline, a jovem sem lugar, que passou cinco anos errante nas ruas sem que qualquer política pública tenha chegado até ela. Também com o jovem desinteressado, a rede intersectorial não conseguiu evitar sua internação compulsória. Mas é o jovem intruso, que nos pareceu o caso mais emblemático para as dificuldades de adesão ao tratamento. Não há em seu caso, a discussão com outros setores, porque, na verdade, não havia lugar para este jovem na rede. O jovem desenganado mostra que o uso de drogas, por pior que seja a crise produzida, nem sempre se equivale a uma experiência toxicomaniaca e, para se dar conta disso, é preciso atender o caso. Deste modo, verificou-se que o lugar de jovens com problemas decorrentes do uso de drogas, na Saúde Mental Infanto-juvenil, segue ainda implicando em muitas incertezas. Além disso, a posição de trazer pra si o cuidado com estes casos ainda não parece estar claramente definida para todas as equipes dos CAPSi, haja visto os serviços que decidem não atender estes casos.

Mas a pesquisa também mostrou que quando o CAPSi consegue se fazer exceção para o sujeito, possibilita a construção de um tratamento possível, mesmo na presença das dificuldades de adesão que a toxicomania e o uso de drogas implicam. É possível falar de adolescentes usuários de drogas, bem como dos impasses que apresentam para o tratamento, sem que, para isso, seja necessário convocar a droga ao centro das discussões. A leitura psicanalítica a respeito do tema possibilitou reconhecer, nos recursos próprios ao campo da Saúde Mental para Crianças e Adolescentes, em seus princípios e diretrizes propositivas, vigorosos meios para que a singularidade dos casos possa dar a direção de trabalho. Obviamente, é preciso construir um saber-fazer a partir daí.

O contemporâneo pede a construção de novas relações do sujeito com o Outro. Esta nova conjuntura inaugura, como escreve Miller (2015, p.5), um tempo em que o saber não é mais “[...] extraído do campo do Outro pelas vias da sedução, da obediência ou da exigência, necessita a construção ou, mesmo a invenção, de uma estratégia com o desejo do Outro.” A presente pesquisa verificou que isso é possível. Todos os casos ensinaram, à sua maneira, como o CAPSi, enquanto um Outro institucional pode empreender ações neste sentido. Destacamos aqui Jonas e Aline, tendo em vista que, no caso deles, desde o início da pesquisa o gozo toxicomaniaco já se fazia presente e, ainda assim, estes casos apresentaram experiências em que “uma estratégia com o desejo do Outro” (MILLER, 2015, p.5)

institucional possibilitou, claramente, um percurso da desinserção à inserção possível.

REFERÊNCIAS

- AICHCHORN, August. **Juventud desamparada**. Barcelona: Getisa Editorial, 2006.
- AJURIAGUERRA, J. (1970). **Manual de Psiquiatria infantil**. 3ª edição, Barcelona: Toray Masson, S.A., 1976.
- ALBERTI, Sônia. **O adolescente e o Outro**. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 2004.
- ALKMIM, Wellerson Durães de. Construir o caso clínico, a instituição enquanto exceção. **CliniCAPS**, Belo Horizonte , v. 2, n. 4, p. x, abr. 2008 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-60072008000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 maio 2017.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida – A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5 - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5ª. edição. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed 2014. [recurso eletrônico] Disponível em:<http://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>
- ANDRADE, T. M., &SANTIAGO, L. A farmacologia social do Crack: O uso de pitilho (um cigarro contendo crack e maconha) por jovens vivendo em bairros pobres da cidade de Salvador, Bahia. **I Fórum Internacional sobre uso de crack** nos últimos 20 anos, 2007. Recuperado de www.unifesp.br/eventos/forumcrack/aulas/tarcisio.pdf
- ARANTES, Ester Maria de M. De "criança infeliz" a "menor irregular" - vicissitudes na arte de governar a Infância. In: JACÓ-VILELA, Ana Maria, JABUR, Fábio e RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. (Org) **CLIO-PSYCHÉ Histórias de psicologia no Brasil. 2008**. Disponível em: file:///C:/Users/user/Downloads/JACOVILELA_JABUR_RODRIGUES_ClioPsyche_Historias_psicologia_Brasil.pdf_23_05_2008_17_31_50.pdf Acesso em: 12/04/16.
- ARENAS, Alicia. Tipo clínico e caso único: conceitos que não se recobrem. In: ALVARENGA, Eliza; FAVRET, Ennia e CÁRDENAS, María Hortensia (org). **A variedade da prática: do tipo clínico ao caso único em psicanálise**. Terceiro Encontro Americano, XV encontro Internacional do Campo Freudiano. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007, p. 57-67.
- ARIÈS. Philippe. **História social da criança e da família**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora LTC, 1981.
- BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 5. Edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BADINTER, Elisabeth. **O conflito: a mulher e a mãe**. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BANKS-LEITE, Luci e GALVÃO, Izabel. **Educação de um selvagem: experiências pedagógicas de Jean Itard**. São Paulo: Editora Cortez, 2000.

BAPTISTA, Marcos *et al.* **Estudo sobre o mercado global de drogas no Rio de Janeiro**. UNICRI/UNDCP/CLAVES-FIOCRUZ/NEPAD-UERJ, 2000.

BARRETO, Francisco Paes. **Reforma psiquiátrica e Movimento Lacaniano**. Belo Horizonte: editora Itatiaia, 1999.

BASTOS, Francisco Inácio e BERTONI, Neilane. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BERCHERIE, Paul. **Os fundamentos da clínica. História e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1980.

BERCHERIE, Paul. A clínica psiquiátrica da criança: estudo histórico. IN: CIRINO, Oscar. **Psicanálise e psiquiátrica com crianças: desenvolvimento ou estrutura**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2001, p. 127-144.

BOGOCHVOL, Ariel. **Um ensaio de psicanálise aplicada**. Disponível em: <http://www.psicanaliselacanianana.com/estudos/UmCasodeTransexualismo.html> Acesso em: 13 de dezembro de 2017.

BRASIL, **Regulamento de Assistência a Menores Abandonados e Delinquentes**. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1927.

BRASIL. Lei 6.697 de 10 de outubro de 1979. **Institui o código de Menores**. Brasília, em 10 de outubro de 1979. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6697.htm. Acesso em 14 de Maio de 2015.

BRASIL, **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**. Título VIII, Capítulo II, seção II – Da Saúde, 1988, p. 131-137.

BRASIL, **Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Justiça, 1990a.

BRASIL, **Ministério da Saúde. ABC do SUS – Doutrinas e Princípios V**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência a Saúde, 1990b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. 11 a 15 de dezembro de 2001**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2002a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 816 de 2002**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e

Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b.

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. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde**, Brasília, DF: Editora MS, 2004a.

BRASIL. Declaração de Caracas. In: **Legislação de Saúde Mental- Ministério da Saúde**. Brasília, DF: Editora MS, 2004b.

BRASIL, Lei nº 8080 de 1990, **Lei Orgânica da Saúde**. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde, Brasília, DF: Editora MS, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 336 de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. **Legislação em Saúde**. Brasília, DF: Editora MS, 2004d.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº 2197 de 2004**. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília. DF: Editora MS, 2004e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1028 de 1 de julho de 2005**. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. 2005a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html Acesso em: 10/04/2017

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em álcool e outras drogas - PEAD**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 3088/2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes>>. Acesso em: 30 abr de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº 121 de 25 de janeiro de 2012**. Dispõe sobre a Unidade de acolhimento. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html Acesso em 10/04/2017

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos**. Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares de atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília:

Ministério da Saúde, 2015.

BRODSKY, Graciela. A loucura nossa de cada dia. In: **Opção Lacaniana online nova série**. Ano 4, Nº 12, novembro de 2013. p. 42
http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_12/a_loucura_nossa_cada_dia.pdf

BUCHER, Richard. **Drogas e sociedade nos tempos da AIDS**. Brasília: Ed. Univ. 1996.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 7ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

CARVALHO, Frederico Feu e BARROS, Romildo do Rêgo. Semiologia do pensamento e da linguagem: do juízo da realidade ao delírio universal. TEIXEIRA, Antônio e Caldas, Heloisa (orgs). **Psicopatologia lacaniana**. 1ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2017, p. 121-144.

CASTANET, Hervé e GEORGES, Philippe. Ligamentos, desligamentos e religamentos. In: BATISTA, Maria do Carmo Dias e LAIA, Sérgio. **Psicose Ordinária – A convenção de Antíteses**. Belo Horizonte: Sciptum, 2012, p. 21 -50.

CHAMORRO, Jorge. Desinibidos. **Revista Opção Lacaniana**. nº 42, Jan. 2005, p. 19-22.

CHIRIACO, Sonia. Une cure pour rapiécer le langage. In: **La cause freudienne – Nouvelle revue de Psychanalyse**, Paris, n. 72, nov./2009, p. 11-14.

CONCA, Carmen. El objeto droga: ¿objeto de desinserción? In: **Phar-macon 11**. Grama. Buenos Aires, 2009. p. 75-79.

COTTET, Serge. Criminologia lacaniana. In: **Revista aSEPHALLUS**, volume IV, número 08, maio/outubro 2009. http://www.isepol.com/asephallus/numero_08/traducao.html

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 30, n. 4, p. 390-398, Dec. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000400015&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>.

COUTO, Maria Cristina Ventura. Trilhando novos caminhos: a política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: GUERRA, Andrea Máris Campos e LIMA, Nádia Laguárdia. **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003, p. 191-198.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. Considerações preliminares. In: Lauridsen-Ribeiro, EL & Tanaka, OY. **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Ed.Hucitec. 2010, p. 271-279.

COUTO, Maria Cristina Ventura. Apresentação. In: FERREIRA, Tânia e BONTEMPO, Valéria Lima. **Crianças e adolescentes: o cuidado em saúde mental, o trabalho feito por muitos**. Curitiba: Editora CRV, 2012, p. 15-18.

COUTO, Maria Cristina Ventura e DELGADO, Pedro Gabriel. Crianças e adolescentes na

agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psic. Clin.** Rio de Janeiro, vol. 27, n.1, 2015, p.17-40. Acesso em 06/2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/pc/v27n1/0103-5665-pc-27-01-00017.pdf>

COUTO, Margaret Pires do; MATTOS, Cristina Pittella de. Quais os impasses para a criança se inscrever no outro hoje? **Curinga**, Belo Horizonte, n. 40, p. 145-161, out., 2015.

DEFFIEX, Jean-Pierre. Um caso nem tão raro. In: MILLER, Jacques.-Alain. *et al.* (1997). **Os casos raros, inclassificáveis da clínica psicanalítica. A Conversação de Arcachon**. São Paulo: Biblioteca Freudiana Brasileira, 1998, p.13-17.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **As Razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Por uma clínica da reforma. **Caderno Saúde Mental - ESP MG**, v. 1, p. 59-66, 2007.

FERRARI, Ilka Franco. Trauma e segregação. In: **Latusa** – A política do medo e o dizer do analista. n. 9. Rio de Janeiro: EBP, 2004, p.149-164.

FERRARI, Ilka Franco. A realidade social e os sujeitos solitários. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 17-30, June 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982008000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982008000100002>.

FERRARI, Ilka Franco & GONTIJO SALUM, Maria José, Sociedade Inclusiva e psicanálise: do para todos ao cada um. In: **Avanços e desafios na construção de uma sociedade inclusiva**. CORRÊA, R. M. (org) Belo Horizonte: Editora Puc Minas, 2009. p. 37–49.

FERRARI, Ilka Franco. O consumidor e a perversão. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 17, n. 3, supl. 1, p. 652-665, Sept. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000600652&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n3-Suppl.p652.7>.

FERREIRA, Tânia. **A escrita da clínica**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 1999.

FERREIRA, Tânia. **Os meninos e a Rua – uma interpelação à psicanálise**. Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC, 2001.

FERREIRA, Tânia. Casa da Palavra. In: FERREIRA, Tânia e BONTEMPO, Valéria Lima (org). **Crianças e adolescentes: o cuidado em saúde mental, o trabalho feito por muitos**. 1ª edição. Curitiba: Editora CRV, 2012, p. 71 a 77.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FREUD, Anna. **O ego e os mecanismos de defesa**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FREUD, Sigmund. (1895). Projeto para uma psicologia científica. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. V, p. 335-454.

FREUD, Sigmund. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. VII, p.118-230.

FREUD, Sigmund. (1910). Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XI, p.77-99.

FREUD, Sigmund. (1911) Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago. 1996, vol XII, p. 237.

FREUD. Sigmund. (1912) A dinâmica da transferência. In: **Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago. Vol XII, 1996, p. 111-119.

FREUD. Sigmund. (1913) Totem e tabu. In: **Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago. Vol XIII, 1996, p. 117-162.

FREUD. Sigmund. (1914) Sobre o narcisismo: uma introdução. In: **Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago. Vol XIV, 1996, p. 81-108.

FREUD. Sigmund. (1915) Observações sobre o amor de transferência. In: **Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago. Vol XII, 1996.

FREUD, Sigmund. (1919) Além do princípio do prazer. In: **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**, Rio de Janeiro: Imago, Vol. XVIII, 1996.

FREUD. Sigmund. (1921). Psicologia das massas e análise do eu. In: Psicologia de Grupo e Análise do ego. **Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro. vol. XVIII, 1996, p. 133.

FREUD, Sigmund. (1924) Perda da realidade na neurose e na psicose. **Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro. vol. XIX, 1996, p. 203-209.

FREUD, Sigmund (1930). O mal-estar na civilização. **Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, vol. XXI, 1996, p. 65-148.

FREUD. Sigmund. (1932). Conferência XXXIII – Feminilidade. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol. XXII, p.113-134.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

FOUCAULT. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.

GALLO, Héctor e RAMÍREZ, Mario Elkim. **La investigación psicoanalítica y la investigación en la Universidad**. 1ª. Ed. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2012.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1961.

GONTIJO, Maria José; SANTIAGO, Ana Lydia. Os adolescentes desinseridos e seus sintomas nas instituições socioeducativas. **Revista aSEPHallus**, Rio de Janeiro, vol. VII, n. 14, mai. a out. 2012. Disponível em www.isepol.com/asephallus

GRECO LISITA, Helena; ROSA, Márcia Maria Vieira. Os usos que o psicótico faz da droga. **Psicologia**. Ver. Belo Horizonte, v17, n.2, p. 261-277, ago. 2011. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682011000200007&Ing=pt&nrm=iso acesso em 14 de julho de 2016.

GUERRA, Andréa Máris Campos Guerra. Tecendo a rede na assistência em Saúde Mental Infanto-Juvenil: Interfaces entre a dimensão clínica e a dimensão política. In: GUERRA, André a Máris Campos e LIMA, Nádia Laguárdia. **Clínica de crianças com transtornos de desenvolvimento: Uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003, p. 171-189.

GUERRA, Moema e SILVA, Fátima. **Os efeitos da supervisão clínico- institucional no tratamento de crianças e adolescentes em uso de crack, álcool e outras drogas encaminhados pela justiça através de medidas socioeducativas ao centro de atenção psicossocial à infância e adolescência – CAPSi de Itabira**. Itabira (s.n.) 2013.

KANNER, Léo (1943). Os distúrbios autísticos do contato afetivo. In P. Rocha. (Org.). **Autismos**. São Paulo: Escuta, 1997.

KLEIN, Melaine (1930). **A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego**. In: Amor, culpa e reparação. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

LACADÉE, Philippe. **O despertar e o exílio: ensinamentos psicanalíticos da mais delicada das transições, a adolescência**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2011.

LACADÉE, Philippe. A rua e os corpos, a violência e as drogas. **Latusa 21**. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise, seção Rio, nº 21, agosto de 2016, p. 103-109.

LACAN, Jacques (1938). Os complexos familiares na formação do indivíduo. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2003, p. 29-90.

LACAN, Jacques. (1948). A agressividade em psicanálise. In: **Escritos**. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor, 1998, p. 104-126.

LACAN, Jacques. (1949) O estádio do espelho como formador da função do eu. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p. 96-103.

LACAN, Jaques. (1953). **Seminário 1: os escritos técnicos de Freud**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

LACAN, Jaques. (1954) **O Seminário 2 - O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1985.

LACAN, Jaques. (1955-1956) **O Seminário 3 – As psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

LACAN, Jacques. (1957) A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p 496-535.

LACAN, Jacques. (1958) A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p. 591 – 652.

LACAN, Jacques. (1957-1958) De uma questão preliminar a todo tratamento possível para a psicose. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p.537-590.

LACAN, Jacques. (1957/1958). **O Seminário 5 – As formações do inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

LACAN, Jacques. (1959-1960) **O Seminário 7 – Ética da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2008.

LACAN, Jacques (1960). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998, p. 807-842.

LACAN, Jacques. (1960-1961) **O Seminário 8 – A transferência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1992.

LACAN, Jacques. (1961-1962) **O Seminário 9 – A Identificação**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2003.

LACAN, Jacques. (1962) **O Seminário 10 – A angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2005.

LACAN, Jacques. (1963) **Nomes-do-Pai**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

LACAN, Jacques. (1968-1969) **O Seminário 16. De um Outro a um outro**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

LACAN, Jacques. (1969) Duas notas sobre a criança. (CHECCHINATO, Durval. Trad) In: **Extraído de Ornicar?, Revue du Champ freudien**, nº 37, avril-juin 1986, p. 13 e 14.

LACAN, Jacques. (1969-1970) **O Seminário 17 – O avesso da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

LACAN, Jacques. (1970). Radiofonia. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003. p. 400-447.

LACAN, Jacques. (1971) **O Seminário 18 – De um discurso que não fosse semblante**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.

LACAN, Jacques. (1971) **O Seminário, livro 19... ou pior**. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

LACAN, Jacques. (1972) **O Seminário 20 – mais, ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

LACAN, Jacques. (1973-1974). **O Seminário 21. Les non-dupes errent**. Inédito.

LACAN, Jaques. (1974). Prefácio a O despertar da primavera. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003, p. 557-559.

LACAN. Jacques. (1975) **Intervenção de encerramento das Jornadas de Carteis**, 1981. Disponível em: www.ecolelacaniane.net Acessado em: 13/07/2016.

LACAN, Jacques. (1975), **O Seminário 23. O Sinthome**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

LACAN, Jacques (1978). Transferência para Saint Denis? Lacan a favor de Vincennes!" In: **Correio -Revista da Escola Brasileira de Psicanálise**, (65). São Paulo: EBP, 2010, p. 31.

LAURENT. Dominique. Precisamente (conversações). In: MILLER, Jacques.-Alain. *et al.* **Os casos raros, inclassificáveis da clínica psicanalítica. A Conversação de Arcachon**. São Paulo: Biblioteca Freudiana Brasileira, 1998, p.173-174.

LAURENT, Éric. **Hay un fin de análisis para los niños**. Buenos Aires: Colección Diva, 2003.

LAURENT, Éric. **A sociedade do sintoma, a psicanálise hoje**. Rio de Janeiro: Contra capa, 2007a.

LAURENT, Éric. A criança no avesso das famílias. In: ALVARENGA, Eliza; FAVRET, Ennia e CÁRDENAS, María Hortensia (org). **A variedade da prática: do tipo clínico ao caso único em psicanálise**. Terceiro Encontro Americano, XV encontro Internacional do Campo Freudiano. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007b, p. 11-21.

LAURENT, Éric. Falar com seu sintoma, falar com seu corpo. **VI ENAPOL - Encontro Americano de Psicanálise de Orientação Lacaniana**. Buenos Aires, 2013. Disponível em www.enapol.com/pt/template.php

LAURENT, Éric. Três observações sobre as toxicomanias. In: MEZÊNCIO, Márcia, ROSA, Márcia e WILMA, Maria (org). **Tratamento possível das toxicomanias...com Lacan**. Belo Horizonte: Scriptun, 2014.

LIMA, Cláudia Henschel de, VALENTIM, Adilson Pimentel, ROCHA, Carlos Emmanuel da F. RODRIGUES, Natália Ferreira. Crack: Uma Abordagem Psicanalítica de seu Consumo entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua. **Revista Mal-estar e Subjetividade - Fortaleza - Vol. XIII - Nº 1-2 - p. 155 - 194 - mar/jun2013**

LIMA, Nádia Laguárdia. **A escrita virtual na adolescência: os Blogs como um tratamento do real da puberdade, analisados a partir da função do romance**. Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em Educação/Linha de pesquisa: Psicologia, Psicanálise e Educação. Universidade Federal de Minas Gerais. 2009.

LIPOVETSKY, Guilles. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Barcarolla, 2004.

MAIA, Ana Paula. **Levantamento de dados realizado no CAPSi para identificação do perfil do serviço**. Contagem (s.n.), 2013.

MALEVAL, Jean-Claude. Desarraigo social paradójico y clínica del desierto. In: MILLER, Jacques-Alain. **Desarraigados**. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós, 2016, p. 45-55.

MARCELLI, Daniel e BRACONNIER, A. **Manual de psicopatologia do adolescente**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1989.

MARCELLI, Daniel. **Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

MILLER, Jacques-Alain. Para uma investigação sobre un goce autoerótico. In: **Sujeto, goce y modernidade**. Atuel – TyA, Bs. 1993.

MILLER, Jacques.-Alain. *et al.* (1997). **Os casos raros, inclassificáveis da clínica psicanalítica. A Conversação de Arcachon**. São Paulo: Biblioteca Freudiana Brasileira, 1998.

MILLER, Jacques-Alain. **La naturaleza de los semblantes**. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós, 2001.

MILLER, Jacques-Alain. **Posfácio**. In: LACAN, Jacques. (1963) **Nomes-do-Pai**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

MILLER, Jacques-Alain. O rouxinol de Lacan. **Curinga**. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise de Minas Gerais, nº23, novembro, 2006, p. 15-33.

MILLER, Jacques-Alain. Revalorización del amor. In: **El partenaire-síntoma**. Barcelona: Paidós, 2008a, p. 147-170.

MILLER, Jacques-Alain. Rumo ao Pipol 4. **Correio** – Revista da Escola Brasileira de Psicanálise. n. 60: Clínica e pragmática. Escola Brasileira de Psicanálise, mar/2008b, p. 7 – 14.

MILLER, Jacques- Alain. *Et al* (orgs). Fundamentos de la perversion. In: **Psiquiatria e psicoanálisis – perversos, psicopatas, antisociales e caracterópatas**. Buenos Aires: Grama Ediciones, vol 2, 2008c. p. 9-27.

MILLER, Jacques-Alain. (2008) Sobre o desejo de inserção e outros temas I, in: **Correio** – Revista da Escola Brasileira de Psicanálise, n. 62: Sobre o desejo de inserção. Escola Brasileira de Psicanálise, mar / 2009, p. 5 – 17.

MILLER, Jacques-Alain. **El Otro que no existe y sus comités de ética**. 1. Ed. Buenos Aires: Paidós, 2010.

MILLER, Jacques-Alain. Os seis paradigmas do gozo. In: **Opção Lacanianaonline**, ano 3, Número 7, março 2012, 49 p. Disponível em: http://opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_7/Os_seis_paradigmas_do_gozo.pdf

MILLER, Jacques-Alain. A criança entre a mulher e a mãe. **Opção Lacaniana online**. ano 5, Número 15, novembro de 2014, 15 p. Disponível em: http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_15/crianca_entre_mulher_mae.pdf

MILLER, Jaques-Alain. **Em direção à adolescência. Intervenção de encerramento da 3ª jornada do Instituto da Criança**. 10 de junho de 2015. Disponível em: <http://minascomlacan.com.br/blog/em-direcao-a-adolescencia/> Acesso em: 12/10/2015.

MILLER, Jaques-Alain. **Desarraigados**. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós, 2016, p. 69.

MINAYO, Maria. Sobre a toxicomania da sociedade. In: BAPTISTA, Marcos et al, **Drogas e pós-modernidade**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE.CNES net. DATASUS. **Indicadores Habilitações - 0620-CAPS Infantil Minas Gerais Disponível em:** http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Habilitacoes_Listar.asp?VTipo=0620&VListar=1&VEstado=31&VMun=&VComp=&VContador=15&VTitulo=H acesso em: junho de 2014.

MRECH, Leny e RHAME, Mônica. (2011) Sujeito dividido, proliferação de objetos e desinserção social: os laços sociais e o discurso capitalista na cultura contemporânea. **Revista aSEPHallus**. Rio de Janeiro, v. 6, n 11, 2011, p.74-85. Disponível em www.nucleosephora.com/asephallus

NAPARSTEK, Fabián (compilador). **Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo**. 2ª ed. Buenos Aires :Grama Ediciones, 2008.

OBSERVATÓRIO BAIANO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS. **Consultório de Rua: origem e trajetória**. Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas –CETAD –UFBA. Acesso em: outubro de 2016. Disponível em: <http://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/ConsultoriodeRua>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Problemas de la salud de la adolescencia: Informe de un comité de expertos de la OMS. Informe técnico n. 308. Ginebra, 1965**. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38485/1/WHO_TRS_308_spa.pdf acessado em: 19/04/2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Servicios de prevención y tratamiento de la dependencia causada por el alcohol y otras drogas. 14º informe del comité de expertos de la OMS en Salud mental - 363. Ginebra 1967**. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38485/1/WHO_TRS_308_spa.pdf acessado em: 19/04/2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm> Acesso em 02 de janeiro de 2018.

PASSOS, Izabel Christina Friche et al . A rede de proteção e cuidado a crianças e adolescentes do município de Betim/MG e os desafios do enfrentamento ao uso abusivo de crack, álcool e outras drogas. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei , v. 11, n. 3, p. 583-601, dez. 2016 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000300005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 out. 2017.

PEDROSA, Lisângela e SOARES, Mariana. **Levantamento de adolescentes usuários de álcool e drogas no CERSAMI de Betim em 2013**. Betim: (s.n.), 2013.

PILOTTI, Francisco e RIZZINI, Irene. **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula, 1995.

PINEL, Phillipe. - **Traite médico-philosophique sur l'Aliénation mentale. Secund édition.** Paris, An. IX. Paris, 1809. Disponível em: <https://archive.org/stream/traitmdicoph00pine#page/n9/mode/2up>

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 18 jun. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>.

RAMÍREZ, Mário Elkin. **Órdenes de hierro: ensayos de psicoanálisis aplicado a lo social.** Medellín : La Carreta Editores, 2007.

RAMÍREZ, Mário Elkin. **Psicoanálisis com niños y dificultades en le aprendizaje.** 1ª edição. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2012.

RAMÍREZ, Mário Elkin. **Despertar de la adolescência – Freud y Lacan, lectores de Wedekind.** 1ª ed. Olivos: Grama Ediciones, 2014.

RIZZINI, Irma. **Assistência à Infância no Brasil: uma análise de sua construção.** Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula, 1993.

RIZZINI, Irene e RIZZINI, Irma. **A institucionalização de crianças no Brasil. Percurso histórico e desafios do presente.** Editora PUC -RIO / Edições Loyola, 2004.

SADOCK, Benjamim James e KAPLAN, Virgínia Acout. **Manual conciso de psiquiatria da infância e adolescência.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

SANTANA N. Aliana. Todo caso é único. In: ALVARENGA, Eliza; FAVRET, Ennia e CÁRDENAS, María Hortensia (org). **A variedade da prática: do tipo clínico ao caso único em psicanálise.** Terceiro Encontro Americano, XV encontro Internacional do Campo Freudiano. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007, p. 99-103.

SANTIAGO, Jesus. **A droga do toxicômano – uma parceria cínica na era da ciência.** 1ª ed., Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

SANTOS, Milton de Almeida. **Território, Globalização e Fragmentação.** São Paulo: Hucitec, 1994.

SANTOS, Milton. O retorno do território. In: **Debates Territorio y movimientos sociales.** OSAL: Observatorio Social de América Latina. Año 6 no. 16 (jun.2005-). Buenos Aires: CLACSO, 2005, p. 251-261. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf> Acesso em 16/07/2017.

SANTOS, Tânia Coelho dos; SANTIAGO, Jesús. Psicanálise e laço social: formação, produção e intervenções sobre a [des]inserção. **Revista aSEPHALLUS**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, novembro 2010/abril 2011. Disponível em http://www.isepol.com/asephallus/numero_11/revista_asephallus_11.pdf

SAQUET, Marcos Aurélio e SILVA, Sueli Santos da. **MILTON SANTOS: concepções de geografia, espaço e território.** Geo UERJ - Ano 10, v.2, n.18, 2º semestre de 2008.

Disponível em: WWW.geouerj.uerj.br/ojs Acesso em: 15/07/2017.

SEGANFREDO, Gabriela de Freitas Gediak e CHATELARD, Daniela Scheinkman. Das ding: o mais primitivo dos êxtimos. **Cad. Psicanál.-CPRJ**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 30, p. 61-70, jan./jun. 2014. Disponível em: http://cprj.com.br/imagenscadernos/caderno30_pdf/05_Das_Ding_o_mais_primitivo_dos_extimos.pdf

SILVA, Mônica Eulália. A experiência do CERSAMI. In: GUERRA, Andrea Máris Campos e LIMA, Nádia Laguárdia. **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003, p. 227-253.

STEVENS, A. Adolescência, sintoma da puberdade. In: **Clínica do contemporâneo.Revista Curinga**. Escola Brasileira de Psicanálise. Seção Minas, 2004, n° 20, p.27-39.

TAVARES, Maria Antunes. A clínica e a inserção social no atendimento em saúde mental com crianças e adolescentes: modelos, possibilidades e o trabalho em equipe. In: GUERRA, Andrea Máris Campos e LIMA, Nádia Laguárdia. **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003, p. 255- 261.

TORRES, Mônica. O avesso da festa. In: ALVARENGA, Eliza; FAVRET, Ennia e CÁRDENAS, María Hortensia (org). **A variedade da prática: do tipo clínico ao caso único em psicanálise**. Terceiro Encontro Americano, XV encontro Internacional do Campo Freudiano. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007, p. 51-56.

TÍZIO, Hebe. Individualismo y colectivización. **Freudiana**, n. 12. Barcelona: Paidós, 1994, p.18-22.

TÍZIO, Hebe. Prefácio. In: AICHCHORN, August. **Juventud desamparada**. Barcelona: Getisa Editorial, 2006.

VEIGA e FARIA, **Infância no sótão**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 1999.

VIANA, Milena de Barros. **Mudanças nos conceitos de ansiedade nos séculos XIX e XX: da “Angstneurose” ao DSM IV**. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Carlos, 2010.

VIGANÒ, Carlo. A Construção do caso clínico em Saúde Mental. **Curinga Psicanálise e Saúde Mental**. n. 13, set. Belo Horizonte: EBP- MG, 1999.

VIGANÒ, Carlo. As dependências patológicas. **Latusa digital** – ano 5 – n. 33 – junho de 2008, p 1-13.

VORCARO, Angela. Seria a toxicomania um sintoma social? **Mental**, v. 2, n. 3, 2004, 61-73. Acesso em 10 de fevereiro de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272004000200006&lng=pt&tlng=pt.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago editora LTDA, 1975.

ZAFFORE, Carolina. Droga e elección sexual. In: NAPARSTEK, Fabián. **Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo II**. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2009.

ZENONI, Alfredo, Orientación analítica en la institución psiquiátrica. In: **Revista Electrónica de la Nueva Escuela Lacaniana**, n. 1, mayo, 2006. Disponible em: https://www.yukei.net/wp-content/uploads/2007/01/a_zenoni-orientacion-analitica-en-la-institucion-psiquiatrica.pdf

ZENONI, Alfredo. Versões do pai na psicanálise lacaniana. In: **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte. V. 13, n. 1, jun. 2007, p.15-26. Disponible em: http://www2.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20080521171150.pdf