



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de

Mesquita Filho

Brasil

Serrata Malfitano, Ana Paula; de Camargo Ferreira Adorno, Rubens; Esquerdo Lopes, Roseli
Um relato de vida, um caminho institucional: juventude, medicalização e sofrimentos sociais

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 15, núm. 38, julio-septiembre, 2011

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180119940031>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Um relato de vida, um caminho institucional: juventude, medicalização e sofrimentos sociais*

Ana Paula Serrata Malfitano¹
Rubens de Camargo Ferreira Adorno²
Roseli Esquerdo Lopes³

MALFITANO, A.P.S.; ADORNO, R.C.F; LOPES, R.E. A life story and an institutional path: youth, medicalization and social distress. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*

A life story is presented with the aim of analyzing the particular manifestations of an individual path, in dialogue with the elements present in the lives of young people in popular groups. It focuses on discussion of social equipment for production of meanings, places and distress in some lives, which causes processes in which "diseases" and medicalization are generated from social problems. Based on the assumptions of ethnographic research, the path followed by a young woman through the social services for child and youth care and for mental health was tracked for four years. It is considered that social politics should intervene among youth people under a broad comprehension of social problems; and that the field of mental health care, in connection with the social sphere, should provide care in situations of distress without homogenization of needs, which would translate into iatrogeny and medicalization of the social context.

Keywords: Adolescent. Life story. Social work. Iatrogeny. Social medicalization.

Apresenta-se uma história de vida com o intuito de traçar uma análise das manifestações particulares de uma trajetória individual em diálogo com os elementos presentes na vida de jovens de grupos populares. Foca-se na discussão dos equipamentos sociais na produção de sentidos, lugares e sofrimentos em algumas vidas, ocasionando processos em que "doenças" e medicalização são geradas a partir de problemas sociais. Com base nos pressupostos da pesquisa etnográfica, acompanhou-se a trajetória de uma jovem, por quatro anos, em sua passagem por serviços sociais de atenção à infância e à juventude, assim como de saúde mental. Considera-se que as políticas sociais devem intervir com jovens sob uma compreensão ampliada dos problemas sociais, sendo que o campo da atenção em saúde mental, em conexão com a esfera social, deve cuidar das situações de sofrimento sem que haja a homogeneização das necessidades, traduzindo-se numa iatrogenia e na medicalização do social.

Palavras-chave: Adolescente. História de vida. Serviço social. Iatrogenia. Medicalização social.

* Artigo referenciado em parte dos dados de Malfitano (2008), pesquisa com apoio da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) para doutorado no país e estágio doutoral no exterior (*Centre de Recherche Médecine, Science, Santé et Société* da *Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales*, em Paris, França).

^{1,3} Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, Laboratório METUIA. Rodovia Washington Luís, km 235. São Carlos, SP, Brasil. 13.565-905. anamalfitano@ufscar.br

² Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

Apresentação

As trajetórias de vida tecem-se na composição de elementos individuais, de seu microcosmo, com o macrossistema definido pelo contexto em que se inserem (Meihy, 1998), sendo indissociáveis da relação entre cultura, situação socioeconômica e universo privado da vida.

Partindo dos pressupostos da pesquisa etnográfica, trazendo a temática estudada à cotidianidade, conforme Goldman (2006), buscamos analisar as particularidades de uma trajetória individual de uma jovem pertencente a grupos populares urbanos.

Circunscrevemos os grupos populares urbanos na estrutura da divisão social do trabalho, entendendo como “populares” aqueles advindos dos grupos de “trabalhadores”, ou seja, agentes que, nas práticas sociais de trabalho, ocupam um lugar determinado na esfera econômica, pois dependem da venda de sua força de trabalho, compreendendo desde os trabalhadores assalariados com um emprego “estável” até o conjunto daqueles que realizam atividades precárias e, mesmo, os que vivenciam o desemprego estrutural, uma vez que configuram a “*totalidade do trabalho social*, a classe trabalhadora e o mundo do trabalho” (Antunes, 2003, p.98, grifo original).

Na construção de uma perspectiva de análise da questão popular, trata-se, entretanto, de não circunscrevê-la apenas à categoria econômica, aglutinando-se a dimensão sociocultural, apreendida como mecanismos organizativos de cotidiano, submissão e resistência, observados pelos comportamentos, modos de vida, linguagem, entre outros elementos (Bourdieu, 1983).

Assim, a história de vida apresentada relata sobre uma jovem de camada popular, filha de trabalhadores ou pessoas excluídas do universo do trabalho, que têm uma sociabilidade e um cotidiano marcados pela vinculação à sua posição social. São apresentados alguns elementos, destacando-se o papel dos serviços e das políticas sociais no direcionamento de determinados caminhos na vida daquela garota. Nossa enfoque recai sobre a discussão acerca do objetivo, da responsabilidade e da influência dos equipamentos sociais na produção de sentidos, de lugares e de sofrimentos em algumas vidas.

Cíntia⁴: sofrimento social e caminhos institucionais

Cíntia morava na cidade de São Paulo, com sua família; seu pai era estrangeiro, de nacionalidade paraguaia. Ela era a caçula da casa, com mais duas irmãs. Quando criança, por volta dos oito anos, foi morar com a avó paterna e o pai no Paraguai. Retornou ao Brasil, com 12 anos, por meio de um encaminhamento da justiça paraguaia, indo morar com sua mãe na cidade de Campinas, SP. As razões alegadas foram que ela havia sofrido abuso sexual por parte do pai, e sua avó não tinha condições de criá-la. Tais fatos foram relatados por Cíntia, por sua mãe e pela documentação enviada pela justiça local. Cíntia afirmava, ainda, que seu pai havia sido preso porque ela “contou o que ele fazia”, demonstrando preocupação com esse acontecimento. Quando retornou ao Brasil, sua mãe havia se casado novamente e tido um filho. Logo após a chegada de Cíntia, sua mãe teve outra filha, em relação à qual Cíntia expressava intenso afeto.

Em Campinas, Cíntia tinha o hábito de sair de casa e ficar caminhando pela vizinhança. Era bastante conhecida nos serviços sociais do bairro, como no centro de saúde. Tinha um sotaque estrangeiro - misturando palavras em português e castelhano -, uma fragilidade aparente e uma necessidade de contato com as pessoas, expressa por sua busca constante de contatos e convivência nos serviços pelos quais circulava.

⁴ O nome, apenas, é fictício e foi escolhido pela jovem em sua colaboração neste trabalho. Este relato compõe dados de uma pesquisa realizada com o acompanhamento, durante quatro anos, de serviços sociais direcionados a adolescentes em situação de rua, em Campinas, SP. Esses dados são fruto de nossa convivência com a adolescente e de registros de diferentes profissionais e serviços que, também, a acompanharam. Partimos da ótica dos serviços sociais, buscando dar luz às contradições criadas no processo e na dinâmica vivenciadas e ao sofrimento social produzido a partir delas.

Apresentava alguns episódios de “agressividade”, momentos de rebeldia, quando não obedecia aos adultos, ameaçava quebrar objetos e, sobretudo, dirigia-se para a rua, para suas caminhadas, mesmo quando fisicamente impedida, segundo sua mãe. Em uma dessas situações, com 14 anos, sua mãe chamou o serviço de urgência médica, e Cíntia foi levada para o setor psiquiátrico de um hospital da cidade, onde ficou internada.

Podemos interpretar esse momento como um *evento crítico* vivenciado por Cíntia, conforme conceito de Kleinman, Dass e Lock (1997), na medida em que a jovem adquiriu, como veremos, um conhecimento que a acompanhou por toda sua história, marcado por aquele evento de sofrimento. Iniciou, com ele, sua passagem pelos serviços de saúde mental e psiquiatria, bem como o uso de medicamentos psicotrópicos, o que acarretaria características fundamentais à sua trajetória. Desde então, foi *marcada* por esses equipamentos de saúde e não mais conseguiu interromper essa vinculação em seu caminho.

Após sua alta, manteve acompanhamento ambulatorial no mesmo local. O setor psiquiátrico não havia fechado um diagnóstico, pois argumentava que, primeiramente, ela era adolescente, em formação, podendo modificar suas características e evoluir, ou não, para um quadro psiquiátrico; posteriormente, avaliava que as grandes carências afetivas, sociais e culturais, observadas na história de vida da menina, poderiam dar margem à confusão com algum quadro sintomatológico, que, na verdade, representaria uma outra natureza de problema, e não uma doença mental. Assim, a medicação administrada destinava-se aos sintomas de agressividade e ao controle de ansiedade.

Um dia, após esse evento, saiu de casa acompanhada da irmã de dois anos, sem avisar a mãe. Passou a noite perambulando com a menina, de quem tanto gostava, pela cidade. No dia seguinte, ao voltar para casa, sofreu ameaças de morte por parte do padrasto, pai da sua irmã, preocupado com a criança pequena. Motivada por esse episódio, Cíntia retornou sozinha para a rua, dirigindo-se espontaneamente ao serviço ambulatorial da rede de atenção em saúde mental, vinculado a uma Universidade local, onde recentemente havia iniciado um acompanhamento, relatando o ocorrido. Foi acolhida pela equipe de referência, que, assustada com o episódio, optou por encaminhá-la a um abrigo, com a função de ser uma casa provisória para aqueles que não podem estar sob a guarda de seus responsáveis, avaliando que seria “perigoso” se ficasse em convivência com a sua família.

Nessa situação subsequente à internação psiquiátrica, Cíntia viveu outro episódio marcante de sua trajetória: a entrada em serviços sociais, os quais a acompanharam, a partir dali, por todo seu percurso, e delinearam importantes traços em sua vida. Sob o signo da tutela, em virtude da ameaça de morte sofrida, técnicos optaram pelo acolhimento da menina em um local para abrigamento protegido, em contraposição à mediação familiar. É evidentemente compreensível a postura adotada em função de um risco concreto, sendo a decisão amparada na lei, no Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990).

Entretanto, conforme aponta Fonseca (2005), observa-se uma tendência de tecnificação das relações familiares populares em detrimento de uma capacidade de análise sobre os “modos de vida” enraizados naquela classe social, expressos em seus costumes, linguagens e valores. Não houve uma análise aprofundada da representação social daquela situação no contexto familiar, na medida em que não se conhecia a dinâmica ali estabelecida, nem se buscaram elementos acerca da ameaça concreta por parte do padrasto e do lugar ocupado por Cíntia naquela família. Assim, podemos apontar uma precipitação no encaminhamento realizado, que se desdobrou em fatos concretos na vida daquela menina.

Tal opção compôs, juntamente com a internação, um roteiro de institucionalização e psiquiatrização da jovem, com um histórico familiar que demandava atenção e cuidado, inserida num contexto periférico de pouco acesso a serviços e bens sociais. Ficava explicitada a demanda por ações que se dedicassem à compreensão da situação de Cíntia, sem a necessidade de levá-la, como primeiro passo, para o abrigamento. Em vez de o trabalho técnico direcionar-se para o fortalecimento e para a ampliação dos suportes pessoais e sociais referidos à Cíntia, a proposição de tutela, juntamente com “punição” à família, pela situação desencadeada, enfraqueceu seus laços familiares.

Cíntia foi encaminhada para um abrigo que atendia, prioritariamente, adolescentes em situação de rua. Em sua chegada à instituição, demonstrava uma diferenciação em relação ao perfil dos demais adolescentes que lá estavam, uma vez que não tinha a experiência de viver nas ruas. Pelos seus aspectos pessoais e pelas suas diferenças com aquele contexto, envolvia-se em brigas constantes e

requeria uma contínua intervenção individualizada dos profissionais da casa. Não conseguia realizar as tarefas propostas para todos no cotidiano (como arrumar seu quarto, cuidar de suas roupas, entre outras), exceto quando algum profissional a acompanhava e ajudava. Acumulava, ainda, uma especificidade marcante: o uso de medicação psiquiátrica, administrada pelos profissionais locais. Tais particularidades geravam desconforto na dinâmica institucional com os demais adolescentes, que questionavam os motivos do seu tratamento especial, dizendo que ela era “louca”, motivados pela observação de sua indisposição à realização das tarefas da casa e, notadamente, pelo uso contínuo de medicação. Tinha também dificuldade para realizar as práticas de higiene pessoal e eram frequentes episódios de mau cheiro, resistência ao banho, contaminação por piolho e outros. Assim, Cíntia não fazia amigos na instituição, pouco se relacionava com seus pares e mantinha vínculos “apenas” com os técnicos. Fato recorrente em sua vida, já que tais dados estavam presentes desde sua chegada a Campinas, na circulação pelos equipamentos sociais daquele território.

A partir desses episódios, Cíntia iniciou um trânsito entre a estigmatização e o real sofrimento psíquico, ocupando um lugar de diferença, preconceito e sofrimento social, explicitado na convivência com meninos e meninas em situação de rua, seu grupo de pares naquele momento, e, também, com alguns profissionais e serviços por onde passou.

Em paralelo à entrada no abrigo, iniciou, também, o acompanhamento em um serviço de saúde destinado a adolescentes. Concebido como um Centro de Referência de Atenção Integral à Saúde do Adolescente, passou, posteriormente, a ser um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas⁵, voltado para a população infantojuvenil (CAPSad-i). Seu objetivo era o cuidado de adolescentes em situação de vulnerabilidade social, notadamente aqueles em situação de rua. Primava por um trabalho individualizado e personalizado, factível pelo número de profissionais que compunha sua equipe. Cíntia foi acompanhada individualmente nesse serviço por quatro anos, tendo desenvolvido referências com toda a equipe.

O processo de institucionalização, privação de liberdade e estigmatização de um grupo, em função da sua doença, do local em que se encontra para tratamento, ou de outras circunstâncias que a levaram até o asilamento, é descrito em profundidade por Goffman (1974), que enfatiza o efeito perverso e a dinâmica de construção de identidades nesse papel.

Deve-se, portanto, lançar um olhar crítico sobre as proposições de articulação entre as políticas sociais e de saúde, sem menosprezar o sofrimento possível, mas com o cuidado de não “criar” predisposições, pré-requisitos e predeterminações para o rótulo de “doente”, “louco” ou outro estigma. Quando se trata da aproximação da temática da infância e juventude com a saúde mental, é mister todo o cuidado para não se produzirem marcas e olhares sociais estereotipados que desvalorizem essa população, sobretudo com aqueles já imersos em contextos de desrespeito e preconceitos. É necessário que se clarifique a real demanda dos indivíduos para atenção e acolhimento do sofrimento psíquico. Cíntia demonstrava, nitidamente, sofrimento e dificuldades que precisavam de cuidados, fortemente entrelaçados com sua condição social e histórico de vida que, contudo, pareciam não determinar um quadro psiquiátrico.

Fassin (1998) aborda o encontro entre a saúde pública e o espaço social por meio das intervenções realizadas com as “figuras urbanas da saúde pública”, ou seja, situações sociais que ganham lugar de intervenção na saúde. Exemplifica com os moradores de rua (sem domicílio fixo, no termo francês), usuários de drogas (abordados pelos programas de redução de danos), jovens de periferia, entre outros, os quais são tratados como “figuras”, e não como sujeitos.

⁵ Equipamento da Saúde Mental que deve “oferecer atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua” (Brasil, 2004, p.24). Integra a Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

⁶ La figure, c'est en effet, d'une part, la forme extérieure d'un corps, ce qui en fait l'apparence, voire dans une acceptation plus précise, le visage de la personne, ce qui en exprime les traits et, d'autre part, la représentation visuelle de la chose, que l'on se situe dans le mond de l'art ou dans le domaine de la rhétorique.

A figura é, de fato, de um lado, a forma exterior de um corpo, feito uma aparência, visto como uma resignação mais precisa, o aspecto da pessoa, que é expresso nas suas características; de outro lado, é a representação visual da coisa que se situa no mundo da arte ou no domínio da retórica. (Fassin, 1998, p.10)⁶

Com suas características e particularidades, Cíntia apresentava uma adesão instável às instituições que frequentava, com movimentos de idas e vindas, sem um enraizamento. Tal fato pode ser atribuído às precárias respostas que as instituições lhe ofereciam, pois suas demandas submergiam na dinâmica dos serviços, que tinham como foco a população de adolescentes em situação de rua. Com isso, ela passou a estabelecer um fluxo de movimento similar ao seu comportamento quando estava morando em sua casa. Não encontrando um lugar social para ocupar, buscava circular em outros espaços. A partir da entrada no abrigo, em contato com aqueles com vivências nas ruas, começou a fazer um circuito que passou a incluir o centro da cidade. Com saídas não autorizadas do abrigo, ela dirigia-se às ruas, com o propósito de visitar sua família, profissionais de instituições por onde tinha passado e ficar, em alguns momentos, com outros grupos, com mais frequência os adultos em situação de rua; poucas vezes estava entre os adolescentes, demonstrando sua frágil inserção entre eles. Nesses momentos em que circulava pelas ruas, eram comuns os episódios de brigas, seguidas de lesões físicas leves, quando se envolvia com outros jovens, com adultos em situação de rua, ou com agentes de intervenção, como a polícia.

Uma das vulnerabilidades que vivenciava nessas ocasiões era em relação a práticas sexuais, elemento constante em episódios de sua trajetória. Havia boatos de que tinha sofrido agressão sexual, por parte de adolescentes no abrigo, tido relações sexuais concedidas na casa; sabia-se que utilizava o sexo nas ruas como elemento de troca, na busca de comida, local para dormir e afeto. Cíntia não falava diretamente sobre esse tema, fazia apenas referências vagas em seu discurso sobre "um homem" que lhe concedia um local para dormir; "um homem" que lhe dava, regularmente, comida quando nas ruas; "um homem" que tinha um cachorro e deixava que ela brincasse com o animal; "um homem que era bom". Vinculado à temática, Cíntia apresentou um quadro de sífilis, de origem desconhecida, passando a necessitar de cuidados intensos, para os quais foi acompanhada pelas instituições que frequentava, por meio dos profissionais do abrigo e do serviço de saúde (CAPSad-i).

Seu percurso, em tangência com as relações性uais, exemplificava a complexidade do fenômeno denominado exploração sexual e combatido pelas diretrizes do governo brasileiro (Brasil, 2006). A exploração sexual, na modalidade prostituição, aborda situações de uso da criança ou do adolescente para propósitos sexuais, em troca de algo (favores, dinheiro, afeto), praticado por um adulto que se beneficie dessa prática por meio de uma relação de poder (Leal, 2003). Definição que se enquadra nas situações vivenciadas por Cíntia, que não envolviam trocas financeiras e relacionavam-se a algum tipo de consentimento, por parte da menina, em sua busca por afetos e trocas sociais.

Apoiado nesses fatos, o serviço de saúde que fazia seu acompanhamento administrava-lhe medicação anticoncepcional mensalmente. Cíntia era sempre informada sobre o procedimento e, por vezes, impunha resistência. A partir de um processo de convencimento feito pelos profissionais, terminava aceitando a anticoncepção, com raras exceções, tendo sido realizada, regularmente, até que completasse dezoito anos.

Preocupados com o movimento instável de permanência de Cíntia no abrigo e os riscos a que estava submetida quando permanecia na rua, representantes dos órgãos de defesa de direitos da criança e do adolescente decidiram pela sua transferência

para uma instituição considerada mais adequada ao seu perfil. Ela permaneceu naquele abrigo durante quase cinco meses, com eventos de entradas, saídas e retornos constantes. Cíntia foi transferida para uma casa provisória⁷, a fim de aguardar um encaminhamento para outro local.

Havia um mês que Cíntia estava nessa casa provisória, quando teve uma crise, um “surto”, segundo os técnicos locais, e foi encaminhada para o serviço de internação psiquiátrica de um hospital geral, ligado a uma Universidade da cidade. Foi submetida, por mais de uma vez, a procedimentos de contenção física e medicamentosa, ficando internada por uma semana. Em função do ocorrido, os técnicos que a acompanhavam ventilaram a possibilidade de pleitearem uma vaga para a adolescente em outro município, que dispunha de uma instituição especializada para adolescentes com demanda psiquiátrica, buscando um maior “cuidado”. Tratava-se de instituição psiquiátrica tradicional, caracterizada como manicomio, que dispunha de uma ala infantojuvenil que abrigava crianças com transtorno psíquico grave. A solução encontrada justificava-se pelo aumento da tutela e de cuidados para Cíntia, na tentativa de retirá-la do trânsito pelas ruas e dos riscos que avaliavam estar submetida em tais situações; justificava-se também pela proteção, prevista pela lei (ECA), amparada por um desconhecimento da realidade e do universo das instituições totais, no modelo asilar manicomial. Alguns profissionais, porém, por conhecerem a realidade da atenção em saúde mental e dos estatutos desse campo, foram radicalmente contra a proposição, fazendo resistência à proposta, problematizando a “carreira de doente mental” que se estava estabelecendo para Cíntia, e sua institucionalização, talvez irreversível, que poderia ocorrer com essa internação. Ela permanecia sem um diagnóstico efetivo e com a opinião de técnicos, segundo os quais não apresentava nenhuma doença mental, nenhum transtorno psíquico, “apenas” comportamentos e sofrimentos decorrentes de sua história de vida.

No Brasil, a atenção em saúde mental é acompanhada da discussão da Reforma Psiquiátrica, tendo como referência o modelo da desinstitucionalização e do atendimento comunitário. Fundamenta-se na experiência italiana de abertura das instituições (a partir do fechamento do Manicômio de *San Giovanni*, em Trieste, na década de 1970), impulsionada por Basaglia (1985), e pela proposição da Psiquiatria Democrática (Rotelli, 1994). Porém, quando se trata das práticas para além do campo da saúde, como aquela junto aos serviços sociais de atendimento à infância e à adolescência, as experiências nessa área, e mesmo o conhecimento e a apropriação sobre as discussões e propostas da saúde mental, são absolutamente incipientes, mostrando fragilidades importantes nas ações executadas, assim como a reprodução do paradigma de isolamento da população, elemento presente no modelo asilar manicomial (Goffman, 1974). O desconhecimento sobre o campo da saúde mental, seus modelos de tratamento e dificuldades para sua transformação podem ter levado os profissionais dos serviços sociais à proposição da transferência de Cíntia.

Na inviabilização da passagem do caso para outro município, retornou-se à indicação de seu regresso para sua casa. Por três anos, profissionais de diferentes serviços interviewaram junto à família de Cíntia, buscando sua volta para casa. Segundo os registros dos serviços, a ameaça feita, inicialmente, pelo padrasto parecia não proceder, em função de suas características e relações com a família. Foi realizada a inserção da mãe em um programa social para complementação de renda que, efetivamente, era um problema concreto para a manutenção de todos. Em paralelo às medidas executadas, técnicos de diferentes serviços assinalavam a fragilidade de vínculos entre mãe e filha, e a culpabilização a que a mãe submetia Cíntia em virtude do que a trouxera de volta ao Brasil: o abuso

⁷ Abrigo para crianças e adolescentes, com um período de permanência previsto para, no máximo, cinco dias. Tinha como foco a atenção às situações especiais de emergência e sua resolução por meio de um pronto encaminhamento. No caso em tela, realizava, com frequência, recâmbio de crianças para suas cidades de origem, quando estavam nas ruas.

sexual praticado pelo pai. Com essa dinâmica, avaliavam-se, como precárias, as condições para seu retorno à família.

Todavia, em função do impasse instalado entre os profissionais da rede de atendimento - sendo que parte defendia o encaminhamento de Cíntia para uma instituição psiquiátrica, e outra parte, notadamente profissionais vinculados à reforma psiquiátrica, rejeitava tal opção - tentou-se uma articulação com sua mãe, para que a menina pudesse receber alta do hospital e sair da enfermaria psiquiátrica. Acordou-se, por fim, o seu retorno para casa, com acompanhamento domiciliar intensivo pelos profissionais de saúde. Como fruto do acordo, ela permaneceu algumas semanas em casa e, quando se recuperou fisicamente, retomou sua circulação entre a rua e sua casa.

O debate em torno dos procedimentos a serem aplicados e da "proteção" desempenhada pelos serviços sociais à população para os quais se voltam faz-se necessário, notadamente nesse encontro entre as demandas sociais e de saúde. Um sofrimento social vivenciado pode, como na trajetória de Cíntia, ser classificado como um sofrimento psíquico e desdobrar-se numa produção social da loucura, na medida em que as respostas sociais públicas para o sofrimento são insuficientes e ineficazes para seu acolhimento. Sob o discurso da proteção e da tutela, a jovem foi retirada dos cuidados de sua família e encaminhada para acompanhamento psiquiátrico, para o qual não se tinha certeza da real necessidade clínica.

Outro ponto presente era a administração contínua de medicamentos para Cíntia. Percebeu-se que, durante um ano, quando permaneceu quase todo o período sem medicação administrada regularmente, em comparação com outros momentos em que fez uso de medicação intensiva, as características de seus sintomas não cessaram, mantendo exatamente o mesmo comportamento, com algumas crises de "agressividade", que a acompanhavam havia anos, abrindo-se o questionamento, entre técnicos e serviços, sobre a pertinência e a eficiência dos medicamentos aos quais era submetida.

Observamos que Cíntia vivenciava intensamente, a partir das ações técnicas de profissionais e serviços diversos, um processo de medicalização social, identificado em sua inserção na atenção psiquiátrica e na administração de medicamentos, que "pode ser visto como a expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos" (Tesser, 2006, p.62). Por meio da colocação de seu sofrimento como doença, era possível camuflar a pergunta sobre a causa daquela manifestação sintomatológica, tratando-a como exceção, como "caso" de psiquiatria entre aqueles que vivem nas ruas, sem relembrar os motivos que a levaram às ruas: intervenções técnicas, e ainda sem explicitar que o sofrimento social vivenciado demonstrava a falta de perspectivas e respostas.

Ensinados a esquecer, menosprezar e desqualificar todos os cabedais de saberes autóctones para interpretação e manuseio dos adoecimentos e sofrimentos vividos; ensinados a buscar na causa biológica e no tratamento quimioterápico/cirúrgico a solução de todos os males; ensinados a esperar do especialista e dos exames complementares a elucidação e a cura de tudo. (Tesser, 2006, p.70)

Com 17 anos, portanto, há três anos em atendimento nos serviços sociais, Cíntia retornou ao abrigo por decisão judicial, pois perdeu definitivamente o contato com sua família e estava instalada nas ruas. Sua mãe mudou-se novamente para São Paulo, sem avisar Cíntia nem tampouco deixar indicações sobre para onde iria. As iniciativas com relação à sua reaproximação com a família não trouxeram resultados positivos, tendo como desdobramento a perda completa das referências familiares para as quais havia retornado em sua chegada do Paraguai. Nesse encaminhamento, o juiz registrou formalmente que, se a adolescente não aderisse ao abrigo e ao tratamento no serviço de saúde, o CAPSad-i, que já frequentava, determinaria sua internação em uma unidade psiquiátrica.

Com a proximidade dos 18 anos, instalou-se, entre os técnicos dos serviços, a preocupação com relação à situação de sua maioridade. O que fazer quando ela fosse "adulta"? Quais serviços poderiam continuar a atendê-la? Os serviços pelos quais circulava eram restritos a adolescentes, ou seja, não podiam prestar atendimento após os 18 anos. De qual autonomia Cíntia poderia lançar mão para administrar sua vida?

Diante da ausência de serviços sociais que acolham jovens, sobretudo aqueles com algum grau de sofrimento social e com demandas de acompanhamento individualizado, os técnicos decidiram por encaminhá-la a um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS⁸. Havia um consenso sobre o fato de Cíntia não apresentar um quadro de psicose, perfil majoritário do CAPS, no entanto, era clara a necessidade de cuidados constantes e intensivos, e não havia opções de locais que pudesse realizar essa atenção para a população adulta. Tratava-se de um CAPS integrado à política local, em um município pioneiro no processo de reforma psiquiátrica no país, como visto pelo histórico de Campinas (SP), que ofertava tecnologias de cuidado concernentes aos princípios e às diretrizes das regulamentações do campo da saúde mental. Realizaram-se reuniões prévias ao início do atendimento de Cíntia, com o intuito de que os profissionais se apropriasse das especificidades do caso e pudessem prestar uma atenção diferenciada com relação ao perfil predominante naquele local.

Ainda que tais cuidados tenham sido tomados e as instituições em tela estivessem ligadas aos princípios de humanização do atendimento e de realização de projetos singulares, foi necessário “enquadrar” a jovem numa perspectiva sintomatológica da clínica em saúde mental para que pudesse acessar algum nível de cuidado para seu sofrimento social. Somente a partir do lugar da doença, mesmo que jamais diagnosticada por um perito, é que seu sofrimento alcançou algum nível de acolhimento, com fortes implicações para sua trajetória.

A dor e a doença, que têm um reconhecimento social na esfera cultural, possibilitavam um lugar de existência social, na “arte de sofrer” (Tesser, 2006, p.64), em detrimento de um não-lugar ocupado por jovens pobres, radicalizado naqueles que vivem nas ruas, numa posição de “sobrantes” sociais (Castel, 1998). Cíntia precisou ascender à loucura para ter direito à continuidade de acompanhamento e de atenção individualizados.

Os caminhos percorridos nos serviços sociais direcionaram a vida de Cíntia e a caracterizaram fortemente em toda sua história. Esse percurso exemplifica a ausência da universalização dos direitos sociais e a vivência de uma “cidadania invertida” (Fleury, 1994), na medida em que somente pela condição culturalmente reconhecida da doença é que pôde acessar o direito ao cuidado. Contudo, a situação promoveu um enquadramento da jovem no universo da loucura.

Após alguns meses no CAPS, segundo a equipe local, ela entrou em uma crise aguda, tendo de ser submetida, para contenção, a uma alta dosagem de medicação psiquiátrica. Suspeitou-se que a convivência com pacientes graves, juntamente com seu sofrimento interno de abandono pela família e ausência de perspectivas para o futuro geraram a referida crise. Como efeitos colaterais, ela teve um ganho substancial de peso, ficou com lentidão para a realização de alguns movimentos e teve períodos de salivação intensa. Nessa mesma fase, seus cabelos foram cortados, num corte bem curto, tão característico nessas populações.

Com base nas análises de Goffman (1974), podemos dizer que Cíntia sofreu um processo de institucionalização, que veio se desenrolando durante sua adolescência e nas passagens pelos serviços da justiça, sociais e de saúde, incluindo os psiquiátricos, que culminou na aquisição de características corporais e de atitude do grupo no qual foi inserida e ao qual passou a pertencer.

Na sequência, Cíntia teve uma nova crise no CAPS, agrediu usuários e profissionais, causando danos materiais. O serviço a enviou para um local de internação psiquiátrica, um hospital da rede de saúde municipal, onde permaneceu por cerca de quatro meses. A internação representou sua volta ao contexto hospitalar e à convivência intensificada com pessoas em crise psicótica. Em decorrência desse fato, segundo os técnicos locais, aprendeu

⁸ Os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, compõe a Política Nacional de Saúde Mental, são “um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida” (Brasil, 2004, p.13).

comportamentos estereotipados e, em determinada ocasião, tentou suicídio, por enforcamento, sem perigo real de efetivação.

Os profissionais do hospital, na tentativa de viabilizar a alta de Cíntia, buscaram alternativas para sua inserção e manutenção financeira. Pleitearam um benefício do governo federal direcionado às pessoas com deficiência incapacitante para a vida independente e para o trabalho; resultando na sua contemplação, a partir de uma perícia, que concluiu sua inabilidade para gestão autônoma de si. Com a possibilidade de um recurso financeiro em mãos, a equipe procurou um espaço onde Cíntia pudesse viver. Alugaram um quarto em uma pensão, no centro da cidade, primeira experiência autônoma de moradia vivenciada pela jovem.

Assinala-se o comprometimento da equipe com a alta de sua paciente, explicitado por ações para que Cíntia pudesse viabilizar sua vida cotidiana e permanecer sob cuidados. A inserção em um programa de renda, possibilitada pela articulação junto a profissionais de um serviço de internação psiquiátrica, configurou uma situação que pôde abrir perspectivas para o percurso daquela garota.

Em paralelo, além de sua colocação em uma moradia e da aquisição de recursos financeiros, ela passou a ser acompanhada pelo serviço psiquiátrico do Centro de Saúde da região de sua nova moradia.

Para organização de seu cotidiano, foi levada de volta à escola, na modalidade supletiva, e iniciou também um trabalho em oficinas de produção e venda de artesanato, realizado exclusivamente por pessoas com transtorno psíquico.

Cíntia permaneceu cerca de três meses nesse projeto (de moradia, acompanhamento em saúde, educação e trabalho). Abandonou, posteriormente, as oficinas de artesanato e dirigiu-se ao abrigo no qual havia ficado por mais tempo, para solicitar morar ali novamente. Foi acolhida, provisoriamente, pela diretoria local, que juridicamente não dispunha de autorização para receber a jovem, uma vez que ela havia completado 18 anos. No abrigo, ela disse que havia sofrido abuso sexual do proprietário da pensão onde morava e, por isso, precisou sair de lá com urgência. Para nós, ela disse que o proprietário "controlava" sua vida e ela não queria permanecer no local. Dessa maneira, refez as proposições para ela apresentadas, segundo seus interesses.

Como destaca Fonseca (2005), é importante assinalar a positividade das sociabilidades desenvolvidas em grupos populares, não destacando apenas a falta e a carência sofridas. Nesse sentido, Cíntia, em diversos momentos, atuou para tecer seus caminhos, como na situação acima descrita, lançando mão de um fato que sabia ser comovente para tentar ficar no lugar que escolhera, conjugando possibilidades reais e opções pessoais. Trata-se de "pensar o modo de vida como fenômeno histórico, fruto de determinadas circunstâncias econômicas e políticas, e que dê prova da criatividade de indivíduos agindo em sociedade" (Fonseca, 2005, p.58).

Ainda naquele ano, concluiu o Ensino Fundamental e participou da festa para os formandos do período. Estava muito orgulhosa pela sua conquista e convidou vários técnicos que conhecia, de diferentes equipamentos sociais, deixando convites nominais em cada serviço e solicitando o repasse de recados para aqueles que não trabalhavam mais em determinados equipamentos. Articulava sua rede pessoal, formada pelos técnicos dos serviços de atendimento à infância e à juventude, colocando-os como seus convidados na sua festa. Posteriormente, deu continuidade aos seus estudos.

Meses depois, mudou-se para uma outra pensão, onde permaneceu mais um tempo, demonstrando sempre a necessidade de acompanhamento intensivo para administrar a vida cotidiana, organizar seu espaço, para os cuidados pessoais e outras atividades dessa natureza. Algum tempo mais tarde, fruto de uma nova crise e de mais uma internação psiquiátrica, foi encaminhada para uma residência terapêutica para pacientes com transtorno psíquico grave, tutelada por profissionais de saúde.

Passados quatro anos, com 22 anos de idade, último momento em que estivemos com Cíntia, ela trazia a bagagem de suas vivências, de sua inserção formal como paciente no universo da loucura, com episódios de crises e sofrimentos psíquicos, e, como consequência, desenvolveu a personificação do padrão comumente encontrado entre os usuários dessa rede de serviços. Obesa, com cabelos curtos, residente de uma moradia assistida, acumulou internações no atendimento a crises e passou por diferentes projetos psicosociais, desde tentativas de sua inserção em espaços fora da rede de saúde mental até a intensificação de sua atenção nela. Entre os profissionais, não se findou o debate acerca da dificuldade de manejo de seu caso e a dúvida sobre o atendimento na área da saúde mental. De sua

parte, permanecia negociando possibilidades, escolhendo onde estar, resgatando e tentando tecer redes de afeto e de pertencimento, sempre ligadas a serviços e a profissionais, recursos que aprendeu a acessar desde seu retorno ao Brasil, com 12 anos.

Nessa trajetória, permanecia na luta pela vida.

Considerações finais

A história de vida de Cíntia demonstra a fragilidade no acolhimento do sofrimento social, mesmo num contexto jurídico de valorização da infância e da juventude, como no Brasil, por meio do referencial do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). As contradições sociais, extremadas pela desigualdade socioeconômica, acompanhadas de valorações imaginárias e culturais em paradigmas constituídos, como o da doença, produzem efeitos como aqueles vivenciados por Cíntia, nos quais a tutela conduz a um caminho de sofrimento e impede a constituição da autonomia, esperada para a vivência da fase adulta.

Sua história explicita a contradição entre a necessidade de atenção, a presença de um sofrimento, um abandono familiar, e a resposta institucional pela via da valorização de um suposto distúrbio e de sua inscrição nele para que pudesse permanecer sob cuidados.

Em meio às contradições dos atendimentos recebidos nos serviços pelos quais passou, Cíntia vivenciou, possivelmente, a criação de uma doença mental a qual, talvez, não integrasse seus caminhos, se não fosse pela prerrogativa da tutela jurídica, que, em tese, preconiza o direito e possibilita seu acesso a alguns bens e serviços. Certamente, trata-se de um princípio de extrema relevância que precisa ter aprofundada a discussão sobre as formas de viabilizá-lo, que considerem as dinâmicas dos serviços e dos profissionais envolvidos, com o intuito de desvelar as práticas não planejadas, mas também é resultado advindo de ações sociais em curso. Entre a tutela e a autonomia, a vivência da fase liminar da juventude articula-se entre diferentes atores e possibilidades de vivências, muitas vezes inesperadas, como aquelas ocorridas com Cíntia.

É importante assinalar que a discussão apresentada, por meio dos caminhos de vida de Cíntia, não tem como foco uma contraposição aos serviços sociais e de saúde mental. Faz-se necessário apontar que há casos com complexas questões, também nas ruas, que interpelam os serviços por respostas na área de saúde mental. O caso de Cíntia, por exemplo, demonstrava a necessidade de ações intersetoriais, com interfaces no campo da atenção em saúde mental, pois, embora houvesse o constante questionamento acerca da existência de um quadro psicótico, tangenciava, claramente, demandas por apoio e fortalecimento psíquico. Além dela, outros casos poderiam ser arrolados como exemplo, evidenciando a necessidade de se pensarem alternativas em saúde mental que acolham situações de sofrimento, mas não se traduzam na homogeneização de um determinado grupo populacional, bem como não se fixem na produção de uma “doença mental” própria a alguns jovens pobres.

Existe, portanto, o desafio de que as intervenções da saúde mental na esfera social não se traduzam numa iatrogenia e na medicalização do social, mas, sim, no cuidado efetivo daqueles que dessa atenção precisem, assim como no desenvolvimento de outras formas de acolhimento ao sofrimento, que não se revertam em explicações e culpabilidades individualizantes. Tampouco podem ser reduzidas a uma explicação acerca da “inadequação” dos encaminhamentos dos profissionais dos serviços sociais, na medida em que eles também são produtos da mesma ordem, tendo resultados não imaginados advindos de suas ações, como nos desdobramentos vivenciados por Cíntia.

Eu preocupo-me com a tendência em se psicologizar ou se patologizar os problemas. Entretanto, é legítimo pensar e ter práticas que tentem corresponder aos efeitos dos processos objetivos de precariedade sobre a condição geral psíquica dos sujeitos. E percebe-se que pode haver uma certa racionalidade em pensar que alguém que não tenha as condições objetivas de sua independência social tenha problemas de sofrimento e, no limite, sem dúvida, de patologia pura e simples. Ir nessa direção me parece, então, constituir uma necessária ampliação da problemática, o risco está em reduzir à psicologização e procurar as

⁹ Mais je me méfie de la tendance à psychologiser ou à pathologiser les problèmes. Cependant il est légitime de penser et d'avoir des pratiques qui essaient de correspondre aux effets de ces processus objectifs de précarisation sur l'économie psychique des sujets. Et on perçoit qu'il peut y avoir une certaine rationalité à penser que quelqu'un qui n'a pas les conditions objectives de son indépendance sociale tombe dans des problèmes de souffrance et à la limite sans doute de pathologie pure et simple. Aller dans cette direction me semble donc constituer un nécessaire élargissement de la problématique, le risque étant de réduire cela à la psychologisation et de chercher dans la faiblesse de l'individu la cause ou la source principale de la situation catastrophique dans laquelle il se trouve. Mais que des conditions de non-indépendance sociale aient des répercussions psychiques en termes de souffrance ou de pathologie me semble évident. Si l'individu ne dispose pas des conditions de son indépendance sociale, il peut basculer dans des états-limite.

fraquezas do indivíduo que causem ou que sejam os princípios da situação catastrófica na qual ele se encontra. Mas, que as condições de não independência social tenham repercussões psíquicas em termos de sofrimento ou patologia, parece-me evidente. Se o indivíduo não dispõe de condições para sua independência social, ele pode cair em um estado-limite. (Castel, 2005, p.157)⁹

A dissociação entre contextos, causas e implicações de questões complexas que se apresentam à saúde pública na contemporaneidade pode resultar em encaminhamentos pouco ou nada efetivos e em problemáticas não atendidas no âmbito das políticas e programas implantados. As "novas" demandas que vêm ganhando a arena da saúde pública, como a dos jovens, embutem o desafio para que o campo das políticas sociais, com suas diferentes interfaces e intersetorialidades inerentes (Lopes, Malfitano, 2006), inicie modificações de paradigmas, modelos e métodos de intervenção, não se restringindo à contenção de riscos às doenças, mas sim firmando-se como um campo que, efetivamente, possa contribuir para a promoção de condições e de expressão de cursos múltiplos de vida.

Todavia, é ainda por meio das ações sociais que se garante algum nível de proteção e cuidado para muitas crianças, muitos adolescentes e jovens brasileiros. Colocar o foco em elementos como aqueles trazidos pela história de Cíntia objetiva um conhecimento aprofundado das dinâmicas existentes, visando enfatizar as contradições inerentes às práticas sociais, sem, com isso, negar sua necessidade; ressaltando, ainda, a importância de se buscarem respostas condizentes, quer dizer, efetivamente, de proteção e cuidado.

Os episódios, trajetórias, traços e momentos de muitas vidas que atravessam a dinâmica dos serviços, entre eles os da área de saúde, caracterizam-se de maneira pulsante, dinâmica e viva, alterando-se com rapidez e tecendo uma configuração tensa, que demonstra, acima de tudo, a persistência na roda-viva da vida, na busca de novos trajetos, outros traçados, e a criação de momentos e vivências que coloquem jovens como Cíntia, de alguma maneira, em um lugar social e autônomo merecido.

É nesse palco de contradições e sobre esse fio chamado 'vida' que os nossos personagens-tipo vão equilibrando, passo a passo, suas trajetórias, fonte de alimentação para fazer frente aos inúmeros desafios de um mundo ainda pouco protagonizado por eles. É nessa 'corda-bamba', nesse desassossego, por vezes tão doloroso, que eles mostram o encanto pela vida e pela liberdade, e também nos fazem vislumbrar a 'esperança equilibrista' de encontrarmos outros lugares cada vez mais dignos e condizentes com a complexa trama da vida. (Dalmolin, 2006, p.203)

Colaboradores

Ana Paula Serrata Malfitano responsabilizou-se pela redação do texto. Rubens de Camargo Ferreira Adorno contribuiu com a elaboração e revisão do texto. Roseli Esquerdo Lopes colaborou nas discussões e análises realizadas, na redação e revisão finais do manuscrito.

Referências

- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 9.ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- BASAGLIA, F. (Org.). **A instituição negada.** 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BOURDIEU, P. Vous avez dit «populaire» ? **Act. Rech. Sci. Soc.**, v.46, n.1, p.98-105, 1983.
- BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Comissão Nacional de Enfrentamento à Exploração Sexual Infantojuvenil. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil:** uma política em movimento. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** São Paulo: Cortez, 1990.
- CASTEL, R. Risques, insécurité sociale et psychiatrie: entretien. In: JOUBERT, M.; LOUZOUN, C. (Orgs.). **Répondre à la souffrance sociale:** la psychiatrie et l'action sociale en cause. Paris: Edition Erès, 2005. p.147-62.
- _____. **As metamorfoses da questão social.** Petrópolis: Vozes, 1998.
- DALMOLIN, B.M. **Esperança equilibrista:** cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- FASSIN, D. Politique des corps et gouvernement des villes: la production locale de la santé publique. In : _____. (Org.). **Les figures urbaines de la santé publique.** Paris: La Découverte, 1998. p.7-46.
- FLEURY, S. **Estado sem cidadãos:** seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- FONSECA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saude Soc.**, v.14, n.2, p.50-9, 2005.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1974.
- GOLDMAN, M. Alteridade e experiência: antropologia e experiência etnográfica. **Etnográfica**, v.10, n.1, p.161-73, 2006.
- KLEINMAN, A.; DASS, V.; LOCK, M. (Orgs.). **Social suffering.** Berkeley: University of California Press, 1997.
- LEAL, M.L.P. **Globalização e exploração sexual comercial de crianças e adolescentes.** Rio de Janeiro: Save the Children, 2003.
- LOPES, R.E.; MALFITANO, A.P.S. Ação social e intersetorialidade: relato de uma experiência na interface entre saúde, educação e cultura. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.10, n.20, p.505-15, 2006.

MALFITANO, A. P. S. **A tessitura da rede**: entre pontos e espaços. Políticas e programas sociais de atenção à juventude - a situação de rua em Campinas. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.

MEIHY, J.C.S.B. **Manual de história oral**. São Paulo: Loyola, 1998.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, M.F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.17-60.

TESSER, C.D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemocídio moderno na saúde. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.10, n.19, p.61-76, 2006.

MALFITANO, A.P.S.; ADORNO, R.C.F.; LOPES, R.E. Un relato de vida, un camino institucional: juventud, medicalización y sufrimientos sociales. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**

Se presenta una historia de vida a analizar las manifestaciones de una trayectoria individual y su diálogo con elementos presentes en la vida de jóvenes de grupos populares. Se discuten los equipos sociales en la producción de sentidos, lugares y sufrimientos, causando procesos en los que "enfermedades" y medicalización nacen de problemas sociales. Teniéndose por base los presupuestos de la búsqueda etnográfica, se acompaña la trayectoria de una joven por cuatro años mientras pasaba por servicios sociales de atención a la niñez y juventud y salud mental. Se considera que las políticas sociales deben intervenir junto a jóvenes bajo una comprensión más amplia de los problemas sociales, siendo que el campo de la atención en salud mental, conectado con la esfera social, debe cuidarles a las situaciones de sufrimiento sin que se homogenicen las necesidades, lo que se traduciría en iatrogénico y en la medicalización de lo social.

Palabras clave: Adolescente. Historia de vida. Servicio social. Iatrogénico. Medicalización social.