

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIA HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**CAPSIJ COMO LUGAR DE CUIDADO PARA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES EM USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

KELLY GUIMARÃES TRISTÃO

VITÓRIA

2018

KELLY GUIMARÃES TRISTÃO

**O CAPSIJ COMO LUGAR DE CUIDADO PARA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES EM USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia sob a orientação da Prof^a. Dr^a Luziane Zacché Avellar.

VITÓRIA

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

T838c Tristão, Kelly Guimarães, 1980-
O CAPSIJ como lugar de cuidado para crianças e
adolescentes em uso de substâncias psicoativas / Kelly
Guimarães Tristão. – 2018.
281 f. : il.

Orientador: Luziane Zacché Avellar.
Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do
Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. 2. Saúde
mental infantil. 3. Adolescentes. 4. Drogas. 5. Psicologia
junguiana. I. Avellar, Luziane Zacché. II. Universidade Federal do
Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III.
Título.

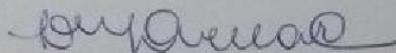
CDU: 159.9

O CAPSIIJ COMO LUGAR DE CUIDADO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES
EM USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

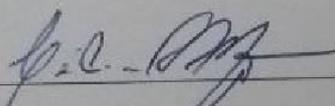
KELLY GUIMARÃES TRISTÃO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovada em 27 de fevereiro de 2018



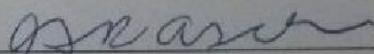
Prof.ª. Dra. Luziane Zacché Avellar (UFES)



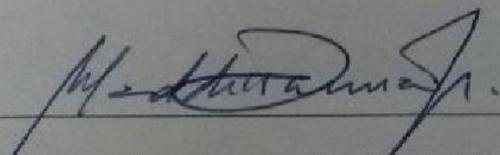
Prof.ª. Dra. Célia Regina Rangel Nascimento (UFES)



Prof.ª. Dra. Bruna Lidia Taño (UFES)



Prof.ª. Dra. Scheila Silva Rasch (PMV)



Prof. Dr. Maddi Damião Junior (UFF)

A todos e todas que lutam, ainda hoje, por uma “sociedade sem manicômios”.

AGRADECIMENTOS

“Fazer pesquisa científica significa ingressar numa ‘aventura heroica’ que, de acordo com o Eco, é longa, fatigante e absorvente’ e requer a ativação de um verdadeiro exército de potenciais arquetípicos (heróis, sábio, puer, senex, anima, animus...). A disposição e o entusiasmo com que o ego do pesquisador se entrega a um processo de pesquisa estão diretamente associados ao sentido e à necessidade que o movem para a realização da pesquisa, particularmente no caso de pesquisas acadêmicas. (Penna, 2015, p. 106)

Em toda jornada heróica na mitologia, tem-se além das dificuldades, sempre a presença de seres “iluminados” que auxiliam o herói, ou que o orientam. Da mesma forma, alguns desses “seres iluminados” estiveram presentes na minha jornada e eu não poderia deixar de agradecer a alguns deles.

Primeiramente, agradeço à Luziane. Já são 6 anos de orientação, contando mestrado e doutorado. Orientadora atenciosa, dedicada e cuidadosa. Que sabe quando orientar e quando permitir que o orientando caminhe pelas próprias pernas. Tudo isso feito com respeito e carinho. Agradeço também pela confiança depositada em mim, não somente na construção dessa tese, mas nos demais projetos que compartilhamos ao longo desses anos, e por ter me oportunizado trazer meu olhar junguiano em “terras” pouco acostumadas com esse referencial. Não poderia ser tido melhor orientadora.

Agradeço aos professores Kathy Marcondes, Elizabeth Mello, Maddi Damião e Carla Portella. Professores que marcaram meu percurso de estudos na Psicologia Analítica, e que de certa forma, orientaram meus estudos, cada um em um tempo e uma forma diferente.

À Fabrício Moraes, neste momento, não como marido, mas como grande estudioso da psicologia analítica, pelas inúmeras discussões durante a tese – regado a muito café - e durante todos esses anos de convivência.

Aos Professores da banca de defesa e de qualificação, Célia Regina Rangel Nascimento, Maria Cristina Ventura Couto, Maddi Damião Junior, Bruna Taño, Scheila Silva Rash, Fernanda Helena Freitas Miranda e Alexandra Iglésias, pela disponibilidade e pela leitura atenciosa, contribuindo imensamente para essa tese.

Aos professores e demais funcionários do PPGP, em especial a Célia Nascimento e Claudia Pedroza, com quem dividi a disciplina de estágio e com quem muito aprendi sobre ser docente.

Aos funcionários da secretaria. Em especial à Lúcia e Arin pelo atendimento competente durante todo esse período de doutorado.

Aos Colegas do grupo de orientação, Alexandra, Bruna, Carolina, Fabiana, Juliana, Meirielle, Igor, Pedro e Terezinha. Pelas inúmeras contribuições, pela escuta, pela paciência e dedicação em cada leitura.

Aos colegas do doutorado com quem, nas brechas do café, dividia angústias, dúvidas e conquistas.

Não tenho palavras para agradecer aos profissionais do CAPS infantojuvenil. Pela dedicação, atenção, disponibilidade, parceria e auxílio. Foram fundamentais para que esse processo acontecesse. Alguns em especial, cujos nomes não posso citar diretamente.

Aos adolescentes do CAPSij por me ajudarem a ampliar o meu entendimento sobre a pessoa que usa drogas.

A CAPES pelo financiamento dessa pesquisa.

A minha mãe Aparecida, minha irmã Synthia, meu irmão “posticho”, Léo pelo apoio incondicional durante toda essa trajetória acadêmica; e que juntamente com Henrique, Valdecy

e Carlos, cuidaram do meu filho Gabriel em diversos momentos, para que eu tivesse condições de construir essa tese.

Ao Fabrício, meu amor, amigo e parceiro. Pela paciência, segurança, compreensão, cuidados, mimos, chocolates e cafés...sempre disposto a me dar suporte e incentivo.

A Gabriel, meu filho amado, que diante de seus poucos anos, soube ser compreensivo e amoroso...algumas vezes parecendo entender minhas ausências. Uma alma iluminada que me incentiva a crescer constantemente.

De tudo ficaram três coisas...
A certeza de que estamos começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser interrompidos
antes de terminar...
Façamos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro!

Fernando Sabino

(Encontro Marcado)

RESUMO

O uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA) por crianças e adolescentes apresenta-se como um grande desafio para as políticas públicas de saúde mental infantojuvenil (SMIJ). Tal situação requer a estruturação de novos saberes e novas práticas de cuidado. Objetivou-se nesta tese compreender o lugar da criança e do adolescente em uso de SPA nas estratégias de cuidado em SMIJ em um serviço. Para tanto, a metodologia inspirou-se na proposta denominada Avaliação de Quarta Geração, desenvolvida por Guba e Lincoln (2012). A pesquisa foi realizada em um CAPSij de uma cidade do Sudeste do Brasil, e utilizou-se como instrumento de coleta, a observação participante, entrevistas e grupos com 10 profissionais do serviço, e entrevistas com 6 adolescentes acompanhados no CAPSij. Os dados foram analisados a partir do método comparativo constante (Glaser e Strauss adaptado por Guba e Lincoln, 2012) e da análise de conteúdo na modalidade de análise temática (Minayo, 1994), e foram discutidos a luz da Psicologia Analítica, dos principais pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da literatura referente a SMIJ. Obteve-se 5 eixos temáticos: no Eixo 1, discutiu-se as ações de cuidado direcionadas ao público AD infantojuvenil, a partir do olhar e das ações dos profissionais no CAPSij. No eixo 2, obteve-se as principais características do cuidado direcionado ao público AD no CAPSij, a partir das falas e das ações dos profissionais do CAPSij. No eixo 3 discutiu-se as concepções de cuidado e a percepção das ações de cuidado aos adolescente em uso de SPA pelos próprios usuários. No eixo temático 4 analisou-se como os profissionais do CAPSij compreendem o lugar da criança e do adolescente em uso de SPA no cuidado em saúde mental e no eixo 5 discutiu-se como o adolescente em uso de SPA entendem e buscam o lugar de cuidado, a partir do olhar dos próprios adolescentes. Conclui-se que a existência do lugar de cuidado não é fixa, mas depende de como é realizado, compreendido e recebido o cuidado e como se dão os processos relacionais estabelecidos no CAPSij com a criança e adolescente em uso de SPA, apontando para um “Lugar Relacional”. As partir das relações terapêuticas construídas no CAPSij esse pode ser compreendido como *temenos*, o lugar seguro e potencialmente terapêutico, onde o processo de transformação e desenvolvimento dos sujeitos podem ser sustentados. Isso só é possível a medida que o olhar do serviço dirigido aos adolescentes não é distorcido pelos complexos culturais que circunscrevem o grupo de “adolescentes usuários de droga”. Assim, ao passo que profissionais enxergam o adolescente em sua totalidade, e não a partir dos estereótipos, é possível estabelecer com ele um vínculo

terapêutico, a partir de onde é possível se constituir um *temenos*, ou seja, construir um lugar para a criança e o adolescente no cuidado.

Palavras chave: 1. Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. 2. Saúde mental infantil. 3. Adolescentes. 4. Drogas. 5. Psicologia junguiana.

Área e sub-área do CNPQ

7.07.00.00-1 Psicologia

7.07.10.00-7 Tratamento e Prevenção Psicológica

7.07.10.01-5 Intervenção Terapêutica

7.07.10.02-3 Programas de Atendimento Comunitário

ABSTRACT

The abusive use of psychoactive substances (PAS) by children and adolescents presents itself as a major challenge for public policies on child and adolescent mental health (CAMH). Such situation requires the structuring of new knowledge and care practices. This thesis's objective is to understand the child and adolescent place in the use of PAS in the strategies of care in a CAMH service. Therefore, the methodology was inspired by the Fourth Generation Evaluation, developed by Guba and Lincoln (2012). The research was carried out in a CAPSij of a Southeastern Brazilian city, and used participant observation as a data gathering instrument, interviews and groups with 10 professionals of service, interviews with 6 adolescents accompanied in the CAPSij. The data were analyzed using the constant comparative method (Glaser and Strauss, adapted by Guba and Lincoln, 2012) and from content analysis in the thematic analysis modality (Minayo, 1994), and were discussed by the light of Analytical Psychology, the main assumptions of the Psychiatric Reform regarding CAMH. Five thematic axes were obtained: in Axis 1 the care actions directed to the AD of children and adolescents were discussed, based on the observations and actions of CAPSij professionals. In Axis 2 the main care characteristics directed to the AD public in CAPSij were obtained, based on the statements and actions of the CAPSij professionals. In Axis 3 the conceptions of care and perception of care actions towards adolescents in use of PAS by the users themselves was discussed. In Axis 4 the comprehension of the child and adolescent's place in use of PAS understand and seek a place of care, from the adolescent's perspective. The conclusion was that the place of care is not fixed, but depends on how it is performed, understood and received and how the relational processes established in the CAPSij with the child and adolescent in use of PAS, pointing to a "Relational Place". Starting from the therapeutic relations established in the CAPSij, this may be understood as "temenos", the safe and potentially therapeutic place, where the process of transformation and development of the subjects can be sustained. This is only possible as the service's perception towards the adolescents isn't distorted by the cultural complexes that circumscribe the "drug user teenagers". Thus, while professionals see the adolescent as a whole, and not from stereotypes, it is possible to stablish with them a therapeutic bond, from where it is possible to build a temenos, that is, build a caring place for the child and adolescent.

Keywords: 1. Children and youth Psychosocial Care Center. 2. Child mental health. 3. Adolescents. 4. junguian psychology. 5. Drugs

RESUMEN

El uso abusivo de sustancias psicoactivas (SPA) por niños y adolescentes se presenta como un gran desafío para las políticas públicas de salud mental infantojuvenil (SMIJ). Tal situación requiere la estructuración de nuevos saberes y nuevas prácticas de cuidado. Se objetiva en esta tesis comprender el lugar del niño y del adolescente en uso de SPA en las estrategias de cuidado en SMIJ en un servicio. Para esto, la metodología se inspiró en la propuesta denominada Evaluación de Cuarta Generación, desarrollada por Guba y Lincoln (2012). La investigación fue realizada en un CAPSij de una ciudad al sudeste de Brasil, y se utilizó como instrumento de colecta, la observación participante, entrevistas y grupos con 10 profesionales del servicio, y entrevistas con 6 adolescentes acompañados en el CAPSij. Los datos fueron analizados a partir del método comparativo constante (Glaser e Strauss adaptado por Guba y Lincoln, 2012) y del análisis de contenido en la modalidad de análisis temática (Minayo, 1994), y fueron discutidos a la luz de la Psicología Analítica, de los principales presupuestos de la Reforma Psiquiátrica y de la literatura referente a SMIJ. Se obtuvo 5 ejes temáticos: en el Eje 1 se discutieron las acciones de cuidado direccionadas al público AD infantojuvenil, a partir de las percepciones y acciones de los profesionales en el CAPSij. En el Eje 2 se obtuvieron las principales características del cuidado direccionado al público AD en el CAPSij, a partir del discurso y acciones de los profesionales del CAPSij. En el Eje 3 se discutieron las concepciones de cuidado y preparación de las acciones de cuidado, a los adolescentes en uso de SPA por los propios usuarios. En el eje temático 4 se analizó como los profesionales del CAPSij comprenden el lugar del niño y del adolescente en uso de SPA en el cuidado de la salud mental y en el Eje 5 se discutió como el adolescente en uso de SPA entienden y buscan el lugar de cuidado, a partir de la percepción de los propios adolescentes. Se concluye que la existencia del lugar de cuidado no es fija, pero que depende de como es realizado, comprendido y recibido el cuidado e como se dan los procesos relacionales establecidos en el CAPSij, con el niño y el adolescente en uso de SPA, apuntando para un “Lugar Relacional”. A partir de las relaciones terapéuticas construidas en el CAPSij este puede ser comprendido como *temenos*, el lugar seguro y potencialmente terapéutico, donde el proceso de transformación y desarrollo de los sujetos puede ser sostenido. Esto solo es posible en la medida que la mirada del servicio dirigido e los adolescentes no sea distorsionada por los complejos culturales que circunscriben el grupo de “adolescentes usuarios de droga”. Así, al paso que los profesionales ven al adolescente en su totalidad, y no partiendo de estereotipos, es posible establecer con él un vínculo terapéutico, de

donde es posible construir un *temenos*, o sea, construir un lugar para el niño y el adolescente en el cuidado.

Palabras clave: 1. centro de atención psicosocial infanto-juvenil. 2. Salud mental infantil. 3. Adolescentes; 4. psicología junguiana. 3. drogas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	20
1 INTRODUÇÃO	25
1.1 Cuidado em Saúde Mental à Criança e ao Adolescente Usuários de Substâncias Psicoativas	32
1.2 A Psicologia Analítica e a Compreensão de “Lugar de Cuidado”	39
2 JUSTIFICATIVA	42
3 OBJETIVO	44
3.1 Objetivo Geral.....	44
3.2 Objetivos Específicos.....	44
4 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS	45
4.1 Contexto da Pesquisa.....	49
4.2 Desenho Metodológico.....	50
4.3 Participantes.....	51
4.4 Procedimento de coleta de dados.....	52
4.4.1 Observação participante.....	54
4.4.1.1 <i>Entrada no campo</i>	54
4.4.1.2 <i>Pré análise</i>	57
4.4.2 Aplicação do círculo hermenêutico dialético.....	58
4.4.3 Grupos do Círculo Hermenêutico Dialético.....	63
4.4.4 Entrevistas com os adolescentes.....	69
4.5 Análise dos dados.....	72
4.6 Aspectos Éticos.....	74

5	REFERENCIAL TEÓRICO	76
5.1	A Reforma Psiquiátrica.....	76
5.2	Psicologia Analítica	79
5.2.1	Epistemologia junguiana e método hermenêutico dialético	81
5.2.2	O Método hermenêutico dialético	88
5.2.2.1	<i>O Caráter hermenêutico, a amplificação e circum-ambulação</i>	88
5.2.2.2	<i>A Dialética e a relação pesquisador-pesquisado</i>	93
5.2.3	O Desenvolvimento da Personalidade e as Relações de Cuidado a partir da Clínica Junguiana.....	97
5.2.4	O Vínculo Transferencial.....	101
5.2.5	Relação Eu-Isso e Eu-Você	110
5.2.6	Os Complexos Culturais	112
5.2.6.1	Defesas arquetípicas do espírito grupal.....	116
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES	118
	Eixo 1 – Ações de cuidado	122
	Eixo 2 – Características do cuidado.....	147
	Eixo 3 – O Cuidado pelo olhar do adolescente em uso de substâncias Psicoativas	180
	Eixo 4 – O Lugar da criança e do adolescente no cuidado.....	202
	Eixo 5 – O Lugar falado e vivido pelos adolescentes.....	221
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	236
	REFERÊNCIAS	250

APÊNDICES	261
Apêndice I: Roteiro de Observação	262
Apêndice II – Formulário para registro de Observações	265
Apêndice III: Roteiro de entrevista com a criança e/ou adolescente.....	266
Apêndice IV - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Instituição	269
Apêndice V - Roteiro de Entrevista aberta do Círculo Hermenêutico Dialético	272
Apêndice VI –organização com as ações de cuidado.....	273
Apêndice VII – Construção do Grupo 3.....	275
Apêndice VIII : Termo de consentimento livre e esclarecido – Pais ou Responsáveis.....	276
Apêndice IX : Termo de assentimento livre e esclarecido.....	278
Apêndice X - Termo de consentimento livre e esclarecido – Profissionais.....	280

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – organograma dos procedimentos de coleta de dados.....	53
Figura 2 – círculo hermenêutico dialético.....	60
Figura 3 – nuvem de palavras.....	66
Figura 4 – relação transferencial.....	107

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – desenho metodológico.....	50
Tabela 2 – participantes por técnica de coleta de dados.....	52
Tabela 3 – participantes do círculo hermenêutico dialético.....	59
Tabela 4 – adolescentes entrevistados.....	69
Tabela 5 – siglas das atividades e participantes.....	74
Tabela 6 – Eixos temáticos.....	121

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD – Álcool e outras drogas

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSij – Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil

Capsadi – Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas infantojuvenil

Caps ad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CT – Comunidade Terapêutica

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente

ES – Espírito Santo

ESF – Estratégia da Saúde da Família

LEITRAS – Laboratório de Estudos e Intervenção em Trabalho, Assistência e Saúde

MS – Ministério da Saúde

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

SMIJ – Saúde Mental Infantojuvenil

Sesa – Secretaria de Saúde

SPA – Substância Psicoativa

SUS – Sistema Único de Saúde

TO – Terapia ocupacional

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

APRESENTAÇÃO

O tema desta tese é “o lugar da criança e do adolescente em uso de substâncias psicoativas no cuidado em saúde mental infantojuvenil”, sendo o estudo realizado num CAPSij que recentemente foi fruto de uma junção entre dois serviços (CAPSij e CAPS adi). A mesma se vincula a Linha de Pesquisa “Psicologia Social e Saúde” do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Especificamente ao Laboratório de Estudos e Intervenção em Trabalho, Assistência e Saúde (LEITRAS), e o grupo orientado pela Prof^a. Dr^a Luziane Zacché Avellar que possui como tema central de pesquisa a Saúde Mental infantojuvenil, onde tive o contato inicial com pesquisa nessa temática. Ao iniciar o percurso, baseada na certeza de trabalhar com a ideia de clínica e cuidado em saúde mental voltado para o público de crianças e adolescentes, realizei uma pesquisa de revisão sistemática sobre Saúde Mental infantojuvenil em serviços públicos, a partir do que havia sido produzido na literatura nacional, de 2005 a 2015 (Avellar, Tristão, & Quintanilha, no prelo). De posse desses dados, algumas questões saltaram aos olhos, em especial o baixo número de pesquisas que abordavam diretamente as crianças e adolescentes como participantes, a pouca produção sobre o cuidado dirigido a criança e adolescente em uso prejudicial de substâncias psicoativas, e a pouca utilização de referenciais teóricos clínicos como base de discussão. Tais questões colaboraram na escolha do tema da tese.

Paralelo a isso, em contato com profissionais do CAPSij e CAPSadi (que possuía menos de um ano de funcionamento) recebi a informação de que os serviços iriam se unificar em breve e que os profissionais estariam inseguros com isso. O contexto de junção dos dois serviços favorecia o resgate de antigos questionamentos, advindos de minha prática em saúde mental. Embora com adultos, trabalhei em uma instituição psiquiátrica de cunho particular, por 12 anos.

Nesta instituição, apesar de o foco principal ser o cuidado dirigido a questões de transtornos¹ psiquiátricos graves e/ou persistentes, frequentemente recebia-se jovens (acima de 18 anos) com questões relacionadas a álcool e outras drogas. Na instituição, eram realizados internações e acompanhamento em hospital dia no mesmo espaço, mas o cuidado dirigido às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas apresentava algumas particularidades, tais como: a elas só era destinada a internação, não podendo fazer hospital dia; o tempo de internação era limitado ao período de “síndrome de abstinência”, ou seja, em torno de 15 dias. Por outro lado, não havia distinção quanto às atividades oferecidas, sendo essas pensadas inicialmente para o público com demandas referentes a transtornos psiquiátricos graves e/ou persistentes. Frequentemente, vinha a discussão se ali era lugar para o cuidado dirigido a esse público, dada a dificuldade do manejo. Todavia, usualmente atribuía-se responsabilidade somente ao usuário de substâncias psicoativas (SPA), e não a uma dificuldade do serviço se adaptar a essa clientela.

O contexto do CAPSij me propiciou esse mesmo questionamento: Qual seria o lugar da criança e do adolescente usuário de álcool e outras drogas no cuidado?

Aos poucos, fui aprofundando outros estudos sobre a temática de álcool e outras drogas na infância e adolescência, o que me permitiu ampliar o entendimento acerca do cuidado na dependência de substâncias psicoativas. Primeiro, a partir da realização de uma pesquisa documental sobre o “Significado da relação entre adolescência e drogas em revistas brasileiras”, a partir de duas revistas (não científicas) nacionais de grande circulação. As principais conclusões giram em torno das percepções de que a produção das revistas dá contorno a uma

¹ Embora a terminologia “transtorno” seja utilizada nos documentos das Políticas Públicas de Saúde Mental e em algumas falas dos entrevistados como veremos, entendemos que a mesma engendra significados que reforçam estigmas e estereótipos utilizados no modelo manicomial, o que combatemos fortemente. Desta maneira, deve-se pensar o cuidado antimanicomial de forma a não reforçar o lugar de “transtornado” ou “psiquiatrizado”.

ideia moralizante, de combate às drogas. Indicam um cuidado pautado na abstinência e na prescrição de comportamentos para os pais, ao contrário, do proposto nas políticas públicas, reguladas pelo cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, tais como a Redução de Danos (RD), que se propõe colocar o indivíduo como protagonista de seu projeto terapêutico e a articulação do cuidado em rede.

Paralelo a essa pesquisa, em 2014, 2015 e 2016 coorientei alunos de iniciação científica que realizaram pesquisas atreladas à minha tese: 1. “Caracterização da criança e do adolescente usuário de drogas atendidos pelo serviço de CAPSij da cidade de Vitória”, uma pesquisa quantitativa realizada a partir da coleta de dados nos prontuários; 2. “Dependência Química na infância e adolescência: Descrição das atividades profissionais direcionadas às crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas atendidos no Caps ij”, a partir de entrevistas com os profissionais. Ambas as pesquisas foram publicadas nos anais da Jornada de Iniciação Científica da UFES, edição 2015/2016. Dentre os principais resultados, que colaboraram para a construção desta tese, reflete-se sobre a diminuição significativa da entrada das crianças e adolescentes no serviço de atendimento especializado à demanda de substâncias psicoativas, após a junção do CAPSadi com CAPSij, o elevado número de adolescentes que cometeram atos infracionais, sendo esse um meio de entrada no serviço muito utilizado, a baixa oferta de atividades, as dificuldades encontradas, tais como “não adesão ao cuidado no serviço”, o contexto de violência estrutural ao qual os adolescentes em sua maioria estão inseridos, a carência de recursos e a grande demanda de internações; e por fim, a utilização da estratégia de redução de danos como importante ferramenta no cuidado. Alguns desses aspectos também foram analisados nesta tese, de maneira mais aprofundada.

Todas essas pesquisas, juntamente com o aprofundamento de meus estudos sobre a temáticas de álcool e outras drogas, em especial acerca das estratégias de redução de danos, me fizeram compreender que além de ser fundamental entender como e se o CAPSij pode ser

considerado um lugar de cuidado para essa clientela, é importante compreender o lugar dessas crianças e adolescentes no cuidado, seja ele recebido, ou não, no serviço. Assim, fez-se imprescindível oferecer um lugar de fala para esses usuários nesta pesquisa.

Outro aspecto importante para a constituição dessa tese, diz respeito ao referencial teórico utilizado como lente para compreender que lugar é esse atribuído a essa criança e adolescente no cuidado. A Psicologia Analítica é a abordagem teórica que estudo desde 2001, ainda no início da graduação em psicologia, e que orienta minha prática profissional, juntamente com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Assim, a perspectiva junguiana tanto foi a principal lente utilizada para a discussão dos resultados, como a partir de um olhar e escuta pautados na clínica junguiana, foi possível uma entrada no campo de maneira que facilitou a aceitação do pesquisador tanto pelos profissionais do CAPSij, como pelos usuários AD assistidos no serviço, e conseqüentemente, onde uma relação de confiança estabeleceu-se. Vale ressaltar que embora não se trate de uma pesquisa clínica, esta tese oferece uma leitura clínica dos resultados.

Diante dos apontamentos de como foi o início de minha jornada, partimos então para a organização da tese, que é apresentada em formato tradicional. A mesma foi organizada por capítulos: além da apresentação, introdução, o percurso metodológico, referencial teórico e resultados e discussões.

A introdução contextualiza o cuidado em saúde mental direcionado a crianças e adolescentes em uso nocivo de substâncias psicoativas, em especial aqueles apontado nas políticas públicas de saúde mental e na construção histórica do cuidado dirigido a população que faz uso de SPA.

O capítulo metodológico apresenta a Avaliação de Quarta Geração, proposta teórico-metodológica que inspirou o percurso desta pesquisa. Além disso, pretendeu-se descrever

detalhadamente cada passo da pesquisa, especialmente por ser uma metodologia que requer muitos procedimentos articulados.

O capítulo Referencial Teórico, iniciou-se com uma compreensão da perspectiva epistemológica junguiana e como ela pode ser articulado ao método da hermenêutico dialético, proposto pela Avaliação de quarta geração e também sendo este (método hermenêutico dialético) a base do método clínico junguiano. Trabalhou-se também algumas ideias fundamentais para a discussão dos resultados desta tese, a saber: o vínculo transferencial, questões sobre o desenvolvimento da psique e a compreensão de cuidado, lugar de cuidado e complexos culturais.

Os resultados e discussões estão no cap. 7 e foram divididos em 5 eixos temáticos: No Eixo 1, discute-se as ações de cuidado e teve por objetivo compreender quais são as ações de cuidado direcionadas ao público AD infantojuvenil. O eixo 2, atendeu ao objetivo de conhecer as principais características do cuidado direcionado ao público AD no CAPSij. Os eixos 1 e 2 referem-se a concepções sobre o cuidado a partir do olhar dos profissionais do CAPSij. O eixo 3 compreende as concepções de cuidado e a percepção das ações de cuidado à criança e adolescente em uso de substâncias psicoativas pelos próprios usuários.

No eixo temático 4 buscou identificar como os profissionais do CAPSij compreendem o lugar da criança e do adolescente em uso de substâncias psicoativas no cuidado em saúde mental. E no eixo 5 pretendeu-se compreender como a criança e o adolescente em uso de substâncias psicoativas entendem e buscam o lugar de cuidado.

Por fim, nas Considerações finais, pretendeu-se articular as principais conclusões dessa pesquisa a fim de responder ao questionamento sobre o lugar da criança e do adolescente no cuidado em saúde mental infantojuvenil.

1 INTRODUÇÃO

As mudanças que vêm acontecendo no campo de saúde mental, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da instituição da ideia de humanização do cuidado no cenário da Reforma Psiquiátrica, contribuem para a construção de novas formas de pensar e cuidar em saúde mental que abarcam a estruturação de uma rede de serviços (Ballarin, Carvalho, & Ferigato, 2010; Espínola, 2013). Nessa forma de cuidado, torna-se imprescindível entender o usuário a partir de um conjunto de questões diferentes (referentes à família, escola, comunidade, entre outras) que atravessam seu processo de saúde e doença.

Assim, torna-se fundamental considerar a complexidade de fatores que influenciam no sofrimento do usuário, tais como os elementos psicossociais aos quais estariam submetidos. Tal complexidade provoca impactos ao campo da saúde mental e torna-se um grande desafio para as Políticas Públicas, em especial no que tange a Saúde Mental Infantojuvenil (SMIJ). Dentre os fenômenos que requerem mais atenção da Assistência em Saúde Mental da criança e do adolescente na atualidade, destaca-se o aumento do uso nocivo de substâncias psicoativas por essa população (Carlini, et al, 2010; Oliveira et al., 2016; Pinto, Albuquerque, Martins, & Pinheiro, 2017). Tal situação reivindica a estruturação de novos saberes e requer novas práticas de cuidado (Amstalden, Hoffmann, & Monteiro, 2010; Oliveira et al., 2016).

Segundo o VI levantamento nacional sobre o consumo de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras (Carlini et al., 2010), 25,5% dos estudantes referem ter feito uso na vida de alguma substância psicoativa ilícita, 10,6% mencionam uso no último ano e 5,5% uso no último mês. As drogas ilícitas mais utilizadas pelos adolescentes, conforme o II Levantamento Nacional de Álcool e outras drogas (Laranjeiras et al., 2014) são a maconha (3,4% no último ano) e cocaína (1,6%). Esse número aumenta significativamente quanto às drogas lícitas: Segundo Laranjeiras et al.,

(2014) ao serem questionados sobre o consumo dessas substâncias nos últimos 12 meses, 25% dos adolescentes referem o consumo de álcool e 3,4% de tabaco.

Conforme Ramaldes, Avellar e Tristão (2015) e Oliveira et al. (2016) o impacto do uso de drogas pela população infantojuvenil é mais significativo por se tratar de um momento do desenvolvimento em que o sujeito necessita de suporte e proteção em diversos contextos. Sobretudo porque verifica-se um comprometimento no desempenho escolar, nas relações familiares e na constituição psíquica e física. Entretanto, apesar da gravidade em torno desse fenômeno, no que diz respeito à população infantojuvenil, as Políticas Públicas no contexto do uso de substâncias psicoativas também foram negligenciadas no Brasil até meados de 1990, quando se dá a elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescentes/ ECA (Raupp, & Milnitsky-Sapiro, 2009, Campos, 2010,).

O Estatuto da criança e do adolescente aborda a questão relativa à população infantojuvenil em uso e abuso de SPA no que concerne ao encaminhamento para tratamento como uma dimensão protetiva, bem como o caráter prioritário nos atendimentos. Além disso, o ECA estabelece que a criança e o adolescente em uso de SPA deverão receber acompanhamentos temporários, tais como: requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial, ou inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a “alcoólatras” e “toxicômanos” (ECA, 2004).

Em 2004, com o Fórum Nacional de Saúde mental de crianças e adolescentes, foram indicadas as diretrizes para a Política de SMIJ, e recomendou-se a instituição da Área Técnica de Saúde Mental – Política de Álcool e Outras Drogas – DAPE/SAS (Brasil, 2014). Uma das principais propostas do Fórum, no ano de 2004, é o modelo de cuidado não institucionalizante, que compreenda as necessidades e peculiaridades da população infantojuvenil. Dessa maneira, novos dispositivos de cuidado tornar-se-iam imprescindíveis, em especial os CAPSij,

instituídos pela Portaria n. 336, de 2002 (Brasil, 2002). Vale ressaltar que não se encontrou no documento informações se a demanda AD infantojuvenil também seria acolhida nesses dispositivos.

Em 2007, quando ocorreu a reunião ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, as questões referentes ao uso nocivo de SPA começam a se delinear melhor. Indicaram-se ações preventivas e de cuidado ao uso e abuso de SPA na comunidade e, para tal, faz-se importante articulações entre os CAPS, ESF e emergências psiquiátricas, de maneira corresponsável na construção de estratégias de cuidado a esse público. (Brasil, 2014). Além disso, recomendam que se desenvolvam ações que coloquem as crianças e adolescentes como protagonistas no cuidado. Recomendam, contudo que os *CAPSad* devem acolher e possibilitar o cuidado de *jovens* usuários de SPA, empregando, inclusive a estratégia de Redução de Danos (Brasil, 2014). Verifica-se que a criança ainda é pouco referenciada na reunião de 2007.

Na reunião de 2009, “VIII reunião ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental de crianças e adolescentes”, focou-se em questões relacionadas ao uso e abuso de SPA por crianças e adolescentes. As principais discussões dizem respeito à vulnerabilidade dessa população, especialmente dos que se encontram em situação de rua; a iniquidade social, a complexidade que envolve o consumo de SPA pelo público infantojuvenil e a importância de considerar os aspectos econômicos e socioculturais no cuidado a essa população. Dentre as recomendações mais significativas tem-se o imperativo de “despatologizar o consumo de drogas” e potencializar as redes, sendo a intersetorialidade indicada como uma necessidade no cuidado. Quanto ao lugar de atendimento, indica-se que “a responsabilidade de acolhimento das crianças e dos adolescentes usuários de álcool e outras drogas seja do lugar ao qual eles puderem se

dirigir ou desejar, seja CAPSi seja CAPSad ou, na inexistência destes, qualquer outro serviço disponível no território” (Brasil, 2014, p. 48).

Assim, os CAPSs passam a assumir um posicionamento estratégico frente à organização da rede, sobretudo a partir da instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Brasil, 2011). A RAPS objetiva a constituição, articulação e amplificação dos pontos de cuidado a pessoas em sofrimento psíquico decorrente de transtorno mental grave e/ou persistente ou de uso de SPA (Brasil, 2011). Nessa direção, os serviços que integram a RAPS precisam estar atentos também ao aumento do uso de SPA pela população infantojuvenil, e oferecer um cuidado que atenda às particularidades dessa demanda (Paim et al., 2017).

Verifica-se, atualmente, que os organismos governamentais responsáveis pelas políticas para álcool e drogas parecem estar mais atentos à problemática do uso de SPA entre a população infantojuvenil. Recentemente, o Ministério da Saúde (Brasil, 2014b) publicou um documento sobre a Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS que aponta a necessidade de ações contextualizadas que levem em consideração a singularidade do sujeito em uso abusivo² de SPA, a fim de evitar ações fragmentadas de cuidado. Tal proposta implicaria em disponibilizar espaços de escuta, acolhimento e vínculos, a fim de construir projetos terapêuticos singulares (PTS) mais apropriados ao seu contexto de vida. Além disso, reforça a estratégia de Redução de Danos como orientadora do cuidado dirigido a crianças e adolescentes

² Segundo o Código Internacional de Doenças (CID X), o uso abusivo, ou nocivo para a saúde implica um padrão de consumo de SPA que é prejudicial à saúde, podendo haver complicações de ordem física ou psíquicas. Nesta tese, utilizaremos o termo uso abusivo e uso nocivo como sinônimos. Vale ressaltar, conforme Acselrad (2005), que o termo abusivo não deve ser compreendido pelo viés qualitativo (referente à quantidade maior de uso) ou qualitativo (referente à ausência de prescrição médica ou pelo fato de a SPA ser ilícita). Entende-se que nem todo uso de SPA é patológico ou prejudicial, sendo esse padrão classificado apenas como uso; o uso abusivo nesta tese, refere-se a uma forma de uso de provoca sofrimento.

em uso nocivo de álcool e outras drogas, devendo também ser compartilhada com outros pontos da rede.

A política de Redução de Danos no Brasil ainda é vista de maneira controversa. Isso porque há uma compreensão por parte dos profissionais que ela seria baseada em estratégias para atenuar os efeitos tóxicos do uso de SPA, sendo compreendida apenas como uma política de distribuição de insumos, como por exemplo as seringas descartáveis para controlar infecções e/ou contágio de doenças. Entretanto, a RD é muito mais complexa, articulando as questões de saúde com contextos políticos e sociais (Alarcon, 2014).

A RD se insere na lógica que compreende a saúde, não como ausência de doença, mas como qualidade de vida. Nesta direção, para a promoção da saúde é imprescindível a articulação de serviços intersetoriais e interdisciplinares que atuem de forma corresponsável e que impreterivelmente considerem a singularidade de cada pessoa e a importância do processo de construção de autonomia. Desta forma, é possível compreender a RD “como um conjunto de medidas estratégicas que visam a prevenir as consequências do uso prejudicial de substâncias psicoativas, recuperar a saúde daqueles já acometidos e promover a saúde como qualidade de vida” (Alarcon, 2014, 210).

No que tange à RD como uma forma de cuidado para crianças e adolescentes, a situação é ainda mais complexa, pois em um primeiro momento, pode ser entendido como inadequado, visto que este é um grupo considerado vulnerável e que precisa ser protegido (Brasil, 1990). Não obstante, a RD pode constituir-se como facilitadora para a construção de vínculos, fundamentais para o cuidado, que “de outra forma inviabilizado, especialmente com crianças, adolescentes e jovens em situação marginal e vulnerável, como aqueles em situação de rua e em situação de exploração sexual” (Lima, Barros, Melo, & Passos, 2017, p. 96).

Na medida em que trabalha com a promoção de saúde numa perspectiva de co-responsabilização, a estratégia de RD reafirma a autonomia. Isso exige também que sejam ponderadas as peculiaridades de cada faixa etária, considerando as crianças e os adolescentes como sujeitos de direitos, capazes de participar dos processos de reflexão acerca de produção de cuidado (Lima, Barros, Mello, & Passo, p. 100). Atrelado a isso, é imprescindível que o cuidado não seja perpassado pela imposição da abstinência e pela visão moralista e reducionista das estratégias de guerra às drogas (Acsehrad, 2005).

Entende-se, nesta direção, que a RD articulada com as ideias de atenção integral e intersetorial, caracterizando-se também para a população infantojuvenil como um instrumento que amplia o acesso e a adesão ao cuidado, sem necessariamente ser contrária à abstinência, se esse for o desejo do usuário (Brasil, 2014). Tal estratégia mostra-se importante, especialmente porque dificilmente adolescentes que iniciam tratamento devido ao uso nocivo de SPA se conectam a serviços de cuidado contínuos, sendo necessário adaptar o cuidado a essa demanda (Passetti, Godley, & Kaminer, 2016). A estratégia de RD é baseada na disponibilidade de dispositivos mais acessíveis, abertos e flexíveis, e é pautada em ações que almejam reduzir os riscos/danos “de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados de forma direta ou indireta pelo uso e abuso de drogas, sem necessariamente requerer a redução do consumo de tais substâncias” (Santos, & Costa, 2016, p. 103). Tal estratégia se faz importante sobretudo ao público infantojuvenil, porque a adolescência implica uma fase marcada pela experimentação de situações que podem envolver riscos. Nessa direção, a estratégia de RD pode se aplicar aos adolescentes, especialmente no que tange a tomada de decisões, visto que os mesmos tendem a repelir posturas de autoridade e buscar autonomia na tomada de decisões (Leslie, 2008), sendo esse um dos principais pressupostos da RD.

A RD pode ser compreendida como uma ferramenta potente pois promove na prática aquilo que o ECA (Brasil, 1990) e a Constituição Federal determinam: considerar as pessoas como sujeitos de suas vidas, considerar a necessidade de compreendê-los como protagonistas de seus cuidados, e oportunizar a eles mais do que negociar sobre a troca de insumos, mas sim sobre o que pensam, o que querem e como querem que sejam suas vidas e os processos de cuidado vinculados.

Nesse sentido, para abordar o fenômeno de uso de SPA por crianças e adolescentes, faz-se necessário construir estratégias de cuidado de forma mais complexa e sistemática, articulada com a proposta de atenção integral. É imprescindível, portanto, a inclusão de políticas e ações intersetoriais para além da saúde, tais como educação, cultura, lazer e assistência social; de forma a atender às demandas e carências dessa população (Brasil, 2014b). Dessa forma, é indispensável construir estratégias de sociabilidade para as crianças e adolescentes em uso de SPA e para suas famílias. Há que se ampliar a garantia de direitos e trabalhar para a construção de novos projetos de vida, que passem a incluir esses sujeitos como corresponsáveis pelo cuidado de si.

Contudo, apesar dos indicativos da RAPS e dos documentos de Saúde Mental infantojuvenil (Brasil 2014, 2014b), verifica-se uma carência de lugares de cuidado e de profissionais capacitados para assistir às particularidades da demanda de álcool e drogas infantojuvenil. Frequentemente, segundo Pain et al. (2017), o público infantojuvenil é encaminhado para serviços projetados para adultos e não orientados pelas políticas públicas desse campo.

Dessa forma, a questão que se buscou investigar no contexto da presente pesquisa é: qual o lugar da criança e do adolescente em uso de substâncias psicoativas no cuidado em Saúde Mental? Quando falamos de “lugar” estamos assumindo a posição de não pensar somente em

espaço físico, mas somos convocados a refletir sobre “como cuidar” de um sujeito que possui particularidades. Seja pelo fato de realizar uso nocivo de SPA, em especial porque historicamente o “usuário de drogas” é marcado pelo estigma de periculosidade e criminalidade (a quem é atribuído um “cuidado” hospitalocêntrico, pautado na moralidade e punição) (Nunes, Santos, Fischer, & Güntzel, 2010, Espínola, 2013; Corradi-Webster, 2016; Pain, et al., 2017). Seja pelo fato de ser criança e/ou adolescente, cujo percurso de cuidado, em sua maioria, assume um caráter tutelar e de práticas psicológicas e educativas de cunho ortopédico e moral (Ferreira, 2004). Seja pelo contexto socioeconômico no qual grande parte destas crianças e adolescentes está inserida.

No que tange ao contexto socioeconômico, vários autores apontam o número elevado de crianças e adolescentes em uso de SPA que se encontram em situação de rua (Moura et al., 2012; Oliveira et al., 2016). Além disso, Ramaldes, Avellar e Tristão (2015) assinalam como fatores de risco concernente ao contexto socioeconômico: (i) a fragilidade dos vínculos familiares; (ii) o envolvimento de familiares com drogas; (iii) a precariedade no acesso a serviços públicos e na oferta de espaços de lazer e atividade; e (iv) a proximidade com o tráfico de drogas.

Dessa forma, torna-se necessário analisar qual o lugar de cuidado em que essa criança e adolescente é inserida na atualidade, em especial no CAPSij, contexto de nossa pesquisa. Para isso, precisamos articular outras compreensões acerca do lugar, em especial, qual o “lugar do sujeito” nesse cuidado. Por “lugar” também pensamos no posicionamento que é atribuído a esse sujeito em suas escolhas, opiniões e em seu próprio cuidado, no sentido de alguém capaz de produzir estratégias de cuidar de si mesmo. Assim, nossa questão é ancorada na ideia de que o “lugar” pode ser compreendido a partir do modo de cuidar.

1.1 Cuidado em Saúde Mental à Criança e ao Adolescente Usuários de Substâncias Psicoativas

A política de saúde mental para criança e adolescente propõe considerar os seguintes aspectos como diretrizes (Brasil, 2005): (i) Como sujeitos capazes de falar de si, a criança e o adolescente devem ser ouvidos em sua demanda, bem como o “cuidado” deve ser pensado levando em consideração suas particularidades; (ii) o acesso ao serviço deve ser disponível aos que chegam com a necessidade de saúde mental; (iii) em caso de existência de outro serviço que melhor atenda às necessidades do sujeito, o encaminhamento a esse deve ser garantido e acompanhado, sendo por vezes necessário realizar o cuidado em conjunto com outros serviços; (iv) a rede de serviços e ações deve estar em construção permanente de forma a garantir a participação de atores intersetoriais para se obter uma resposta eficaz frente aos problemas de álcool e outras drogas para a população infanto-juvenil; (v) “O território é o lugar psicossocial do sujeito; é onde a vida acontece” (Brasil, 2005, p. 13), as relações com redes sociais e de relações e afeto do sujeito que é cuidado, incluindo a escola, lugares de lazer, vizinhos e família, devem ser consideradas como parte importante da assistência; (vi) por fim, as demandas que chegam devem ser discutidas e organizadas em rede, por profissionais, usuários e seus familiares.

Do ponto de vista da área da Saúde, é fundamental que se tenha um olhar cuidadoso para a criança e para o adolescente usuários de substâncias psicoativas, sobretudo em razão da fase peculiar do desenvolvimento em que se encontram (Bittencourt, 2009). Isso significa ofertar possibilidades de acolhimento, escuta e vinculação para a elaboração de projetos terapêuticos mais adequados às suas situações de vida (Brasil, 2014). Nesta direção a RAPS surge como possibilidade de propor alternativas mais contundentes ao uso nocivo de SPA, visto que a partir da RAPS é possível tecer um cuidado que articule os diversos contextos em que essas crianças e adolescentes estão inseridos.

Assim, ao pensar o cuidado à criança e ao adolescente usuários de SPA, torna-se importante articular a clínica, o social e a política. D'Allones (2004) aponta que a dimensão social é intrínseca à psicologia clínica. A pesquisa em psicologia clínica por si já permite a ampliação do objeto de estudo para além do individual, visto que é importante levar em consideração o contexto no qual o ser humano está inscrito (Avellar, 2009). Vale ressaltar que esta tese não se trata de uma pesquisa clínica, mas de possibilitar um diálogo entre a clínica e a realidade social e política vividas em um Centro de Atenção Psicossocial.

Quando pensamos a questão de cuidado, relacionamos a alguém a ser cuidado, e, no contexto da Saúde, usualmente relacionamos a necessidade de cuidado a uma doença ou sofrimento. É importante assinalar que tanto o sofrimento como a doença são processos que fazem parte da humanidade, e os significados relacionados a esses fenômenos não podem ser reduzidos a indícios orgânicos, sendo necessário relacioná-los às características de cada época e à sociedade (Canguillhem, 1990).

A permanência constante do sofrimento e da doença no cotidiano dos seres humanos tem favorecido uma tendência natural de relacionar a saúde à ideia de ausência de sintomas. Entretanto, é necessário pensar o cuidado para além do foco do sintoma, criando oportunidades de construir novas significações para o sofrimento, haja vista que “[...] aquele que sofre encontra-se na confluência da subjetividade e da realidade exterior, do indivíduo e do social” (Avellar, & Bertollo, 2008, p. 71).

Pensando historicamente o cuidado dirigido à pessoa que usa “drogas” está ligado à ideia de criminalização e infração, utilizando como recurso para tratamento as práticas hospitalocêntricas e proibicionistas pautadas na exclusão por meio da internação e abstinências (Brasil, 2003b, Corradi-Webster, 2016), ou em um caráter religioso, ancorando a ideia de criminalização e moralidade direcionadas às pessoas em uso de SPA.

Assim, a associação feita pela sociedade entre uso de SPA e violência propicia a lógica de segregação e demonização dos sujeitos, obstaculizando o cuidado. Os discursos pautados nessa lógica reiteram a psiquiatrização e judicialização dos sujeitos usuários de substâncias, provocando na sociedade sentimento de medo através da compreensão distorcida dos efeitos das drogas ilícitas em detrimento das lícitas. Assim, tal ideia “[...] tem colocado todas as pessoas que usam drogas ilícitas num lugar marginal, como bode expiatório dos problemas sociais, desconsiderando quaisquer outros aspectos da contemporaneidade” (Nunes et al., 2010, p. 18).

A situação não se mostra diferente quando se pensa no público infantojuvenil, para quem os modos de cuidado são guiados também pelos modelos de exclusão e segregação do adolescente em uso de SPA da convivência social (Espíndula, 2013). Pesquisas realizadas em serviços públicos de saúde assinalam de forma geral que se impele ao adolescente que usa drogas o rótulo de “marginal”, construído socialmente e sobretudo reforçado pela institucionalização (Espíndula, 2013; Reis, Guareschi, & Carvalho, 2014; Soares, Oliveira, Leite, & Nascimento, 2017). Tal posicionamento que desconsidera o contexto social e econômico em que esses jovens vivem e as consequências disso para suas vidas, resultaria em análises estereotipadas do fenômeno (Costa, Rocha, Vieira, & Reis, 2017) e sustentaria um posicionamento disciplinar que atua por meio da normatização das condutas “desviantes”, onde o cuidado é padronizado, não havendo espaço para a singularidade das crianças e adolescentes (Lima, Barros, Melo, & Passos, 2017). Neste sentido, Passos e Souza (2010) afirmam que os embates da RD ocorrem especialmente contra os equipamentos disciplinares, a saber, os manicômios e as prisões. “Porém não é somente dentro das prisões e dos hospícios que os usuários de drogas são confinados hoje em dia. As ditas comunidades terapêuticas e Fazendas terapêuticas trazem outro elemento que não exclui a disciplina, mas complementa: a moral religiosa” (Passos, & Souza, 2011, p 157).

Ainda hoje, são muito frequentes no Brasil as internações compulsórias, especialmente em comunidades terapêuticas, via ordem judicial, de adolescentes, a serviços não adequados a essa demanda (Espínola, 2013; Reis, Guareschi, & Carvalho, 2014; Pain et al., 2017). Esse aumento no processo de judicialização do cuidado em saúde mental ao público AD infantojuvenil atende a manutenção da lógica normatizadora e hospitalocêntrica baseada no princípio da abstinência, e que atribui às recaídas como um fracasso individual no processo de tratamento (Janssens, Van Rooij, Tem Have, Kortmann, & Van Wijmen, 2004; Reis, Guareschi, & Carvalho, 2014).

Assim, ainda que os pressupostos da Reforma Psiquiátrica sejam orientadores do cuidado em saúde mental, Pain et al. (2017) pontuam que muitos profissionais apontam que a internação de longa permanência ainda é a única maneira de cuidar do público infantojuvenil que usa drogas: “ação defendida por muitos e promulgada pelos meios de comunicação, baseadas nas concepções e crenças de que usuários de substâncias precisam de internação para se reorganizar ou se recuperar de acordo com o discurso de muitas clínicas de 'recuperação de dependentes químicos'” (p. 4). Os autores afirmam ainda que, neste caso, a condição de criminalização do adolescente tende a colocá-los em um lugar estratégico para a reprodução das desigualdades.

Nessa direção, uma questão que tem se apresentado bastante controversa³ trata da aprovação, pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em dezembro de 2017, de propostas de mudanças na RAPS (Brasil, 2017), especialmente porque se mostra como uma grave ameaça de retorno da lógica manicomial. Dentre as principais alterações propostas no documento tem-se o aumento do investimento financeiro nas comunidades terapêuticas (CTs) e,

³ Distintas entidades de classe, tais como o Conselho Federal de Psicologia (CFP), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e a Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadãos (PFDC) divulgaram nota de repúdio a essa proposta.

consequentemente, de sua importância no modelo de cuidado do SUS para o público com necessidades decorrentes de uso de álcool e outras drogas. Além disso, a proposta abre brechas para encaminhamentos para as comunidades terapêuticas diretamente dos Hospitais Gerais (p. 13).

Segundo Fossi e Guareschi (2015), as CTs usualmente tem caráter confessional e trabalham com proposta de abstinência e de internações de longa duração (em torno de nove meses a um ano). Temos aqui dois questionamentos necessários: 1. Essa brecha e investimento nas CTs pode aumentar o número de internações “a longo prazo” nessas instituições, indo de encontro aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica que trabalha na lógica de cuidado em liberdade? 2. Tal proposta despotencializaria toda a política de Álcool e Drogas que tem a estratégias de Redução de Danos como principal condutora do cuidado ao público de usuário de SPA?

Segundo o CFP (2017), o plano “vislumbra um redirecionamento progressivo de uma rede comunitária para um modelo baseado em instituições médico centradas, privadas, promotoras de estigma e segregação e que se mostrou historicamente ineficiente” (s/n). Assim, entende-se que as propostas alimentariam uma lógica manicomial e segregatória do público AD, dada a cultura proibicionista e moralista perpetuada pelas CTs e por uma parcela dos profissionais de saúde (Pain et al., 2017). O documento não aborda especificamente o público infantojuvenil; entretanto, como historicamente esses são “cuidados” da mesma maneira que o público adulto, entende-se que tais mudanças poderiam refletir na saúde mental infanto-juvenil.

Segundo a Declaração da Comissão Latino-americana sobre Drogas e Democracia (Brasil, 2003b), a Global Commission on Drug Policy (2012) e diversos especialistas presentes no “Seminário internacional sobre os usos da maconha” (Fiocruz, 2015), as políticas proibicionistas não obtiveram resultados previstos, distanciando-nos do objetivo de erradicação

das drogas. Assim, permanecem as práticas inscritas na lógica disciplinadora em campos distintos. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2003b), o tratamento pautado no controle e encarceramento, e tratamentos compulsórios, são pouco eficazes, e os dados evidenciam que somente 30% dos sujeitos que recebem esse tipo de tratamento obtêm algum benefício. Dessa forma, o percurso sinaliza uma necessidade de construção de uma rede de cuidados guiada pelo preceito de uma responsabilidade compartilhada amparada na ideia de cooperação e articulação de esforços governamentais, iniciativa privada e sociedade, visando a descentralização das ações sobre substâncias psicoativas no país.

Dentre as principais dificuldades em relação ao cuidado de pessoas que usam substâncias psicoativas, podem ser apontadas a complexidade no que tange a existência de rede de cuidados pouco articulada e carente de dispositivos de saúde. Assim, apesar das discussões acerca da humanização de cuidado e da Reforma Psiquiátrica, mesmo em serviços antimanicomiais como os CAPS, CAPSij e CAPSad “[...] persistem práticas distantes da promoção de saúde e cidadania tornando o cuidado com estes usuários complicado, quando não, excludente, devido ao preconceito impregnado por uma cultura disciplinante e segregadora” (Nunes et al., 2010). Nesse sentido, entender como os profissionais compreendem e realizam o cuidado dirigido a crianças e adolescentes em uso nocivo de substância pode auxiliar a compreensão sobre o lugar atribuído a esses sujeitos no cuidado em SMIJ.

As mudanças dos modos de cuidado precisam ser acompanhadas continuamente tanto por profissionais como por familiares, usuários e a sociedade como um todo. Isso é fundamental, pois ainda que existam Políticas públicas de saúde mental para o público AD infantojuvenil, “estas continuam fragmentadas e desarticuladas, sem representar eficiência na perspectiva de atenção integral a este grupo etário” (Espínola, p, 2013, 102).

1.2 A Psicologia Analítica e a Compreensão de “Lugar de Cuidado”

Para a Psicologia Analítica, a forma como o desenvolvimento psíquico vai se dar depende do ambiente social e cultural no qual o indivíduo se encontra. Essa compreensão se faz importante para refletir sobre o “lugar” a partir do viés junguiano. Para a Psicologia Analítica, quando questionamos sobre o lugar subjetivo, esse pode ser compreendido simultaneamente como um impulso pessoal subjetivo à individuação e como um momento ontológico da individuação daquele sujeito (Jung, 2015). Sendo esse “lugar” o espaço subjetivo a partir do qual o sujeito pode se constituir como tal, devemos nos questionar acerca das possibilidades simbólicas e práticas existentes no contexto do CAPSij e nas Redes de Relações das crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas, como essas práticas os atravessam, como os afetam e os organizam.

É preciso considerar que cada ser humano é único em sua trajetória de vida e “[...] que seu encontro com a droga também configura uma situação singular que vai adquirir um significado específico para sua existência” (Silveira Filho, 2002, p. 229). Dessa forma, frente ao uso de substâncias psicoativas, seja ele eventual ou frequente, é importante compreender qual o significado que essa criança ou adolescente estabeleceu com o produto, qual contexto social e qual o seu sentido naquele momento de sua vida. Isso é pertinente, pois o adoecimento é uma expressão e uma necessidade da vida, não uma oposição. Sob certo aspecto, a vida se faz através do sintoma e não apesar dele (Jung, 2015). Para a Psicologia Analítica, o sintoma é o lugar desde onde o sujeito busca a integração.

Sendo o “lugar subjetivo” o momento específico do desenvolvimento daquele sujeito, faz-se necessário dar voz a essas crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas a fim de compreender a totalidade de experiência de suas vidas. Isso é imprescindível, pois é a partir daí que se pode pensar em práticas de cuidado que atendam a sua particularidade e não o encaixe em um modo generalizado e rígido de assistência. Em contrapartida, entender as

práticas de cuidado direcionadas a esses sujeitos e como elas são pensadas nos auxilia na compreensão acerca do “lugar” subjetivo que é atribuído a essa população.

O lugar do cuidado na dimensão terapêutica junguiana, e isso pode ser analisado em todo processo de cuidado à criança e ao adolescente em uso de SPA estabelecido no CAPSij, implicaria uma reatualização do processo de constituição do ego e desenvolvimento psicológico do sujeito. Ao analisar o “lugar do cuidado” a partir do processo de individuação, pensamos na necessidade da compreensão das próprias dificuldades e potencialidades do indivíduo; temos então o entendimento de que a partir dessa compreensão é possível integrar o próprio sofrimento.

Pode-se compreender esse processo em relação à construção de autonomia como elemento fundamental na elaboração de cuidado em saúde mental observado na Psicologia Analítica e nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Assim: (i) ao aprender a cuidar si, sendo estimulado a desenvolver estratégias de promoção da própria saúde integrando positivamente sua própria história; (ii) ao compreender o que pode ser importante no seu processo de cuidado; (iii) e ao ser escutado quanto às ferramentas que constrói não só no processo de cuidado, mas nas relações estabelecidas para fora do espaço do CAPSij, a criança e adolescente usuário de substâncias psicoativas pode assumir um lugar de cogestão em seu cuidado e de protagonista na sua própria história.

Por fim, uma reflexão importante sobre o lugar do cuidado a partir da clínica junguiana é o “lugar potencial” para que tais transformações ocorram. Tal lugar pode ser compreendido como o *setting* terapêutico. Este, por diversas vezes, é confundido com o espaço físico do consultório ou de uma instituição; entretanto, segundo Tristão e Avellar (2014), o *setting* poderia ser definido como o lugar potencialmente terapêutico, sendo que este não é necessariamente físico, mas relaciona-se ao espaço onde a relação terapêutica/cuidado se

estabelece. A partir da psicologia analítica, pode-se fazer uma relação entre o *setting* terapêutico e o “*temenos*” (Samuels, Shorter, & Plaut, 1988, p. 210). O *Temenos* é o espaço arquetípico que se estabelece como um lugar protegido, onde a experiência de si mesmo pode ser vivida e integrada de forma saudável e segura.

Tendo em vista o panorama apresentado, traçamos como objetivo da presente pesquisa compreender qual o lugar da criança e do adolescente em uso de SPA nas estratégias de cuidado em SMII. Para isso, é preciso entender o olhar de quem cuida e de quem recebe esse cuidado.

2 JUSTIFICATIVA

Apesar do aumento da produção nacional acerca da temática da saúde mental infantojuvenil, verifica-se a pouca existência de artigos que abordem de forma específica questões da produção de cuidado (Couto, Duarte & Delgado, 2008; Cavalcante, Jorge & Santos, 2012). Tal situação é ainda mais pertinente quando abordamos a temática relacionada à população de crianças e adolescentes que usa substâncias, apontando para a necessidade de produção científica que contribua para a construção de um lugar, político e subjetivo, no que tange ao cuidado, para o acolhimento do sofrimento e assistência desses sujeitos.

A rede de assistência em saúde mental infantojuvenil impõe aos profissionais e pesquisadores desafios no campo de saúde mental. Dentre esses desafios, aponta-se a construção de novos serviços e de estratégias que abarquem as peculiaridades das demandas das crianças e adolescentes em uso de substâncias psicoativas. Tal situação exige dos profissionais a tarefa de criar diferentes formas de atuação e desafia os pesquisadores à produção de conhecimento científico e reflexões sobre esse contexto. Assim, a realização de pesquisas no campo de atenção psicossocial infantojuvenil mostra-se pertinente para a consolidação desse campo de assistência. Segundo Campos, Onocko-Campos e Del Barrio (2013) o conhecimento científico na área de saúde mental é imprescindível para orientar a construção de políticas públicas e prática de saúde. Os autores também apontam que compreender melhor o contexto da assistência em Saúde Mental implicaria em buscar como os conhecimentos técnicos e científicos se articulam com o contexto sociocultural e com o discurso dos usuários de saúde mental.

Partindo desse contexto e da crescente demanda de atendimento da criança e adolescente em uso nocivo de substâncias, a pesquisa se justifica pelo impacto que essa problemática causa para o desenvolvimento biopsicossocial da criança e do adolescente e para o sistema de saúde

que precisa responder a essa demanda. Além disso, a constituição dos serviços de CAPS adi é muito recente, sendo o serviço da região pesquisada um dos primeiros e, até 2017, o único do estado. Associado a isso, tem-se a situação singular existente no contexto da pesquisa: o fato do CAPS adi ter sido transferido para o mesmo espaço do CAPSij após o primeiro ano de funcionamento. Não foram encontrados, até o momento, trabalhos que reflitam sobre o cuidado a essa população em serviços com essa característica particular no CAPSij pesquisado.

É importante ressaltar que a política de saúde mental para criança e adolescente (Brasil, 2005) propõe considerar que, como sujeitos capazes de falar de si, esses devem ser ouvidos em sua demanda. Entretanto, esses sujeitos são pouco abordados diretamente pelos pesquisadores, sendo suas histórias e demandas geralmente mediadas pelos pais ou responsáveis, profissionais ou prontuários. Assim, partindo de um referencial que reconhece a criança e o adolescente como sujeitos da própria história, essa pesquisa justifica-se também por possibilitar um espaço onde esses sujeitos possam ser ouvidos, a fim de construir uma nova perspectiva de cuidado que, de fato, dê voz às suas demandas, concepções, necessidades e dificuldades.

Nesse sentido, o olhar da clínica permite um espaço onde se possa não apenas construir a análise da subjetividade e da intersubjetividade, compreendidas a partir da complexidade das situações sociais, mas, também, resgatar o sujeito como um ser social e subjetivo. Para tanto, é imprescindível aprofundar e ampliar o conhecimento teórico que possa sustentar as práticas clínicas no CAPSij, sobretudo quanto ao conceito de cuidado – que é o eixo norteador de toda e qualquer prática clínica. Deve-se salientar que quando falamos de clínica não estamos nos restringindo a um modelo ou dada prática única, mas sim considerando uma relação qualificada que possibilite o desenvolvimento tanto de quem é cuidado quanto de quem cuida.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Compreender o lugar da criança e do adolescente em uso de substâncias psicoativas nas estratégias de cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil.

3.2 Objetivos Específicos

- Analisar as concepções e práticas de cuidado à criança e ao adolescente em uso de substâncias psicoativas por profissionais do CAPSij.
- Analisar as concepções de cuidado e a percepção das práticas de cuidado a criança e adolescente em uso de substâncias psicoativas pelos próprios usuários.
- Identificar como os profissionais do CAPSij compreendem o lugar de cuidado às crianças e aos adolescentes em uso de substâncias psicoativas.
- Analisar como a criança e o adolescente em uso de substâncias psicoativas compreendem e buscam o lugar de cuidado a essa população (o “lugar” falado por eles).

4 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa possui um delineamento qualitativo. A pesquisa qualitativa propõe uma abordagem interpretativa e compreensiva dos fenômenos, e possibilita o trabalho com universo dos significados, valores e crenças que permeiam as relações interpessoais e os fenômenos (Minayo, 2004; Penna, 2014). Foram utilizados aspectos do modelo teórico-metodológico da Avaliação de Quarta Geração desenvolvido por Egon G. Guba e Yona S. Lincoln (Guba, & Lincoln, 2011). Tal proposta se faz pertinente, pois a principal tarefa dessa modalidade de investigação é visualizar, de forma mais vasta possível, as construções realizadas pelos diferentes atores sobre o assunto a ser pesquisado, no caso aqui proposto, “o lugar da criança e do adolescente em uso de substâncias psicoativas nas estratégias de cuidado em saúde mental”. Tal processo permite que essas construções sejam colaborativas ou compartilhadas, visando assim não uma contraposição de ideias, mas uma percepção de forma a desenvolver um consenso crítico e uma compreensão mais ampla sobre a circunstância que se pretende investigar (Guba, & Lincoln, 2011).

A avaliação de Quarta Geração é um tipo de metodologia em que as questões dos grupos de interesse (participantes), suas preocupações e reivindicações, orientam o processo de investigação e avaliação (Guba, & Lincoln, 2001, Guba, & Lincoln, 2011). Tal metodologia consiste em um caráter responsivo e com abordagem hermenêutico dialética (Guba, & Lincoln, 2001; Kantorski et. al., 2010; Guba, & Lincoln, 2011). A terminologia responsiva permite pensar em uma forma diferenciada de investigação no que diz respeito aos limites e parâmetros, que não são definidos anteriormente, mas a partir de um processo de interação e negociação com os grupos de interesse, sendo a investigação e a avaliação do objeto construídas em conjunto no decorrer do processo (Kantorsky et al., 2010; Guba, & Lincoln, 2011). Os grupos de interesse representam grupos ou indivíduos com características comuns, que possuem interesses no

produto, desempenho ou impacto do objeto de investigação, estando potencialmente comprometidos ou afetados pelas possíveis consequências do processo investigativo (Guba, & Lincoln, 2011).

Para alcançar tais condições, a abordagem hermenêutico dialética se faz pertinente, pois implica uma comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando um consenso sempre que possível e, quando não o for, pretende-se expor e esclarecer visões diferenciadas (Wetzel et al., 2011; Guba, & Lincoln, 2011). Assim, serão realizadas Construções (C) que acontecem por intermédio de um construtor (participante da pesquisa) com os contextos, informações e situações observadas na coleta de dados. Entende-se que os participantes da pesquisa, que serão os Respondentes e Construtores, têm “fatos” semelhantes à disposição deles, entretanto, suas Construções, ou seja, a forma como dão sentido aos fatos, são distintas, implicando interpretações diferentes.

Dessa forma, o processo é hermenêutico por apresentar uma qualidade interpretativa, e é dialético porque apresenta uma comparação e um contraste de pontos de vista diferentes com o intuito de alcançar uma síntese mais elaborada de todos os pontos de vista. É importante ressaltar que esse processo visa favorecer uma correlação entre as construções dos Respondentes, a fim de chegar a um consenso sempre que possível ou esclarecer os distintos pontos de vistas (Guba, & Lincoln, 2001; Wetzel et al., 2011; Guba, & Lincoln, 2011).

O processo metodológico requer outras estratégias além das entrevistas, tal como observação participante, a fim de favorecer uma ampliação das construções conjuntas (Guba, & Lincoln, 2011).

A Observação Participante é uma técnica de pesquisa na qual o pesquisador se insere no campo a fim de observar o grupo, mas também de participar das situações que envolvem o fenômeno observado. Assim, na observação participante, o pesquisador entra em contado direto

com o contexto que pretende compreender e os dados são obtidos no ambiente em que ocorrem. Dessa forma, é possível captar uma diversidade de fenômenos que não seriam obtidos a partir de perguntas “[...] uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real” (Minayo, 1994, p. 59-60). Para tanto, é necessário o convívio e a troca de experiências entre o pesquisador e contexto de relações que concerne ao campo de pesquisa. Nesse caso, o pesquisador é por excelência um instrumento de coleta de dados (Minayo, 1994; Penna, 2014) e acaba, devido a sua participação, também influenciando o que é observado. Importante ressaltar que se faz necessária a utilização de recursos, tais como formulários de observação (apêndice I) e anotações no diário de campo mediante ficha de observação (apêndice II) para que o processo se torne mais concentrado nos objetivos da pesquisa.

A observação participante foi realizada anteriormente e concomitante às entrevistas, tendo também a função de favorecer a familiarização entre pesquisador e pesquisado, a fim de construir uma relação de comprometimento no processo investigativo e permitir um olhar sobre o fenômeno por outro ponto de vista.

Além das entrevistas do círculo hermenêutico dialético e da observação participante, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os usuários do CAPSij, mediadas por um roteiro de entrevista (apêndice III). Faz-se necessário, portanto, refletir sobre algumas especificidades de se fazer pesquisa com crianças e adolescentes. Delgado e Muller (2005) apontam que realizar pesquisas com o público infantojuvenil requer uma postura diferente do pesquisador, especialmente para que seja possível a interatividade e confiança. Assim, a especificidade desse público deve ser considerada também ao se delinear o percurso metodológico (Oliveira, Pedroso, Muylaert, & Reis, 2012; Delgado, & Muller, 2005), sendo necessário o uso de linguagem e/ou ferramentas que favoreçam a comunicação entre

pesquisador e entrevistado. Dessa forma, para as entrevistas semiestruturadas com crianças e adolescentes foi utilizada linguagem mais acessível aos mesmos para mediar a comunicação.

Trabalhamos a partir de um referencial que compreende e reconhece a criança e o adolescente como sujeitos da própria história. Para nosso objetivo, a entrevista realizada diretamente com esse público se fez imprescindível. Permitir um lugar de expressão para essas crianças e adolescentes implicou oferecer uma estratégia de investigação que atinja uma dimensão ético-política, pois esses sujeitos não inserem suas vozes nos prontuários ou nos documentos e espaços formais do serviço (Scileski et al., 2008). Dessa maneira, Delgado e Muller (2005) apontam que ao envolver diretamente o público infantojuvenil nas pesquisas “[...] podemos salvá-las do silêncio e da exclusão em que as mantiveram os trabalhos mais tradicionais” (p. 167).

Contudo, Delgado e Muller (2005) apontam o desafio de construir estratégias de aproximação com o público infantojuvenil, de forma a obter maior aceitabilidade e credibilidade com os grupos. Os autores apontam que se faz necessário construir uma dinâmica de estranhamento e aproximação com crianças e adolescentes em suas culturas. Assim, é preciso, para entrar em seu mundo, aprender sobre ele a partir da perspectiva desses sujeitos, e se afastar da visão adultocêntrica. Não obstante, para entrar em seus mundos, é preciso antes ser aceito.

A observação participante entraria assim com uma dupla função: construir uma base da confiança, do respeito e da aceitação com esse público (Kramer, 2005) a partir de uma aproximação no cotidiano de atendimento da criança e do adolescente usuários de SPA; e apreender a vida e as relações conduzidas no cotidiano, simbolizada e interpretada pelos atores sociais (Minayo, 1994). Isso nos “[...] instiga a pensar nas crianças como capazes de interpretar e dar novos sentidos às relações que experimentam com o mundo, com outras crianças e

adultos” (Delgado, & Muller, 2005, p. 168). Assim, tal estratégia se faz pertinente para nosso estudo, pois permite analisar as dimensões simbólicas e existenciais a partir da ação social, bem como os sentidos e interpretações atribuídos pelas crianças e adolescentes ao próprio lugar de existência e de cuidado, e como eles os estruturam no mundo em que vivem (Delgado, & Muller, 2005).

Assim, avalia-se que esse conjunto de estratégias metodológicas abarcaria visões complementares sobre o lugar da criança e do adolescente em uso de SPA no cuidado em saúde mental infantojuvenil.

4.1 Contexto da Pesquisa:

No Espírito Santo, a região metropolitana de Vitória concentra a maior parte dos serviços que atendem às demandas específicas para álcool e outras drogas, especialmente nos municípios de Vitória, Vila Velha e Serra (Sesa, 2015). No que tange ao contexto infantojuvenil, até 2012 as crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas eram atendidas no CAPSad (CPTT) em horário diferenciado dos adultos. Entretanto, em 2013, foi inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Infantojuvenil (CAPS adi) na cidade de Vitória, sendo um dos primeiros no Brasil.

O CAPS adi tem por objetivo o acolhimento, o cuidado e a reinserção social de crianças e adolescentes, com idade até 18 anos, que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas (Sesa, 2017). Contudo, após o primeiro ano de funcionamento, o espaço onde funcionava foi fechado, tendo seus usuários e parte dos profissionais sido remanejados para o espaço do CAPSij Bento Ferreira, existente desde 2007, onde ambas as demandas (álcool e drogas e transtornos mentais graves e persistentes) passaram a ser atendidas (Sesa, 2015). Embora a Prefeitura Municipal de Vitória ainda aponte os serviços como sendo distintos, mas funcionando no mesmo espaço, verificou-se que os serviços foram unificados, e o espaço é

nomeado somente de CAPSij. Na atualidade existem apenas dois CAPSij no estado do Espírito Santo: o CAPSij Bento Ferreira e o CAPSij da Serra, inaugurado em 2017.

O CAPSij da cidade de Vitória, local onde foi realizada a presente pesquisa, é fruto de um processo de fusão (CAPSij e CAPSadi). Em sua nova constituição a instituição passou a oferecer atendimento às crianças e adolescente em sofrimentos psíquico severo e persistente, e em uso abusivo de substâncias psicoativas. Visto que se trata de um serviço em construção no Estado, e uma situação nova no Brasil, estabelece-se um espaço propício para a investigação que é apresentada nesta tese, a saber: Qual é o lugar da criança e do adolescente usuário de SPA nas Estratégias de Cuidado em Saúde Mental?

O contexto de nossa pesquisa oferece um eixo de discussão bastante pertinente, pois com a realocação do CAPS adi para o espaço do CAPSij, estabeleceu-se a necessidade de pensar esse novo “lugar” de atendimento de crianças e adolescentes em uso de SPA, que ainda está em processo de construção e adequação às necessidades para ambos os serviços.

4.2 Desenho Metodológico

Tabela 1

Desenho metodológico

Objetivo	Técnica de coleta de dados/ Instrumento utilizado	Tipo de análise proposta
1. Analisar as concepções e práticas de cuidado à criança e adolescente em uso de substâncias psicoativas por profissionais do CAPSij	Observação participante	Método comparativo constante (Glaser e Strauss adaptado por Guba e Lincoln, 2011)
	Entrevistas com os profissionais	Método comparativo constante (Glaser e Strauss adaptado por Guba e Lincoln, 2011)

	Grupos do Círculo Hermenêutico Dialético	Método comparativo constante (Glaser e Strauss adaptado por Guba e Lincoln, 2011)
2. Identificar como os profissionais do CAPSiJ compreendem o lugar de assistência às crianças e aos adolescentes em uso de substâncias psicoativas.	Entrevistas com profissionais	Método comparativo constante (Glaser e Strauss adaptado por Guba e Lincoln, 2011)
	Grupos do Círculo Hermenêutico Dialético	Método comparativo constante (Glaser e Strauss adaptado por Guba e Lincoln, 2011)
3. Analisar as concepções de cuidado e a percepção das práticas de cuidado a criança e adolescente em uso de substâncias psicoativas pelos próprios usuários .	Entrevistas com adolescentes	Análise de conteúdo, na modalidade de análise temática (Minayo, 2004).
	Observação	Análise de conteúdo, na modalidade de análise temática (Minayo, 2004).
4. Analisar como a criança e o adolescente em uso de substâncias psicoativas compreendem o lugar de cuidado (o “lugar” falado por eles)		

4.3 Participantes

Para melhor apresentação de quem são os participantes da pesquisa, distribuimos os mesmos conforme cada técnica de coleta de dados utilizada, como podemos verificar na tabela

2.

Tabela 2

Participantes por técnica de coleta de dados

Técnica de coleta de dados		Participantes
Observação Participante		<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais do CAPSij • Usuários e Familiares ou responsáveis que são assistidos no CAPSij • Profissionais de outros serviços de saúde/assistência ou justiça que estiveram presentes no CAPSij
Círculo Dialético	Hermenêutico	10 profissionais de nível superior ou técnico que trabalham no CAPSij
Entrevistas estruturadas	semi-	6 Adolescentes em uso de substâncias psicoativas assistidos no CAPSij

4.4 Procedimento de coleta de dados

Verificamos no fluxograma a seguir a sequência do processo de coleta de dados e, em seguida, detalharemos cada procedimento, a saber: (A) Observação Participante; (B) Aplicação do círculo hermenêutico dialético; (C) Grupos dos Círculo Hermenêutico Dialético; (D) Entrevista com os adolescentes. Para melhor compreensão de cada procedimento, eles serão seguidos da descrição da pré-análise.

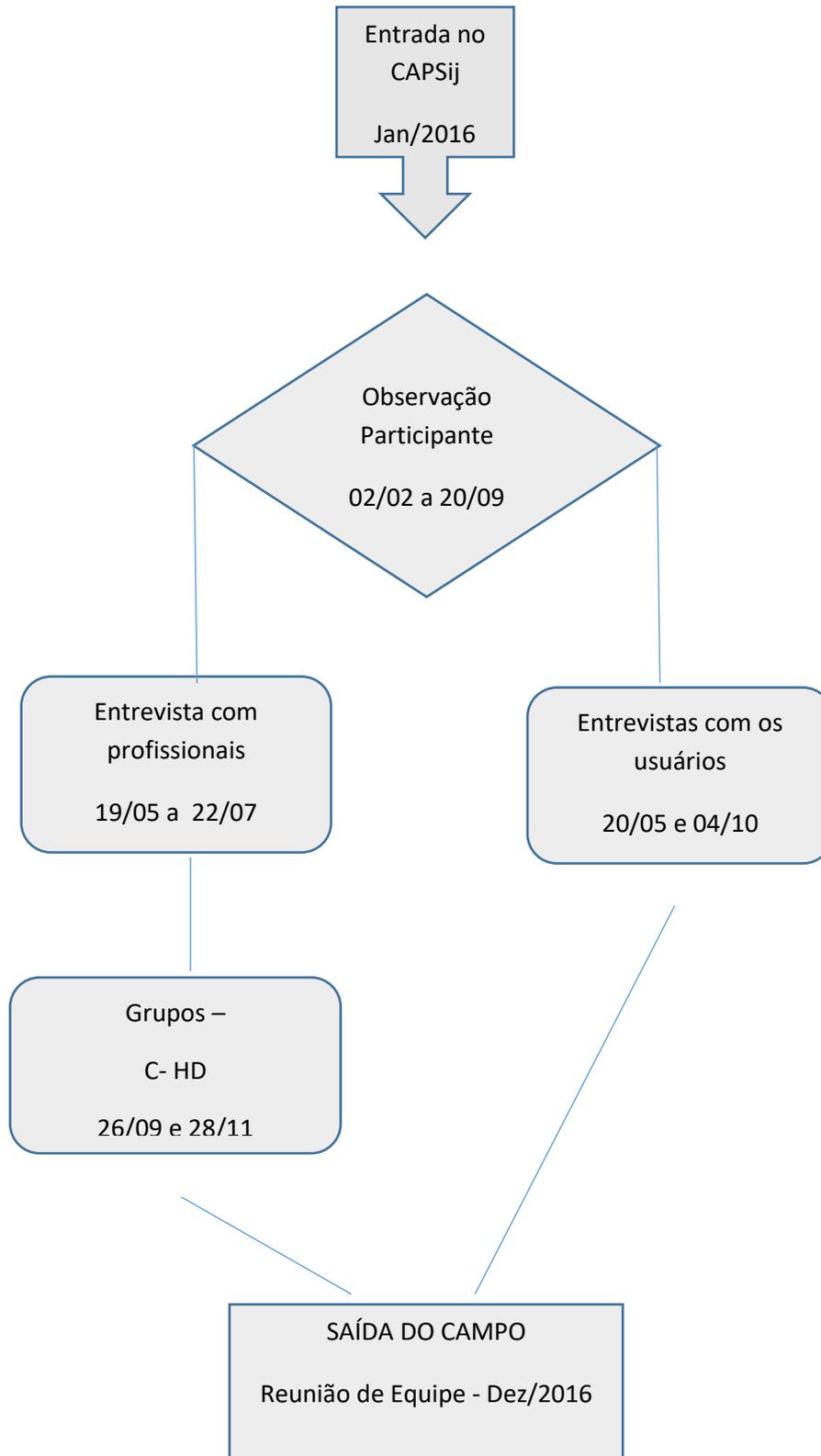


Figura 1 – organograma dos procedimentos de coleta de dados

4.4.1 Observação participante

Inicialmente foi utilizada a observação participante. Foram privilegiadas as observações acerca das situações no CAPSij que envolviam, direta ou indiretamente, as crianças e os adolescente usuários de SPA no cuidado, no contexto de saúde mental realizadas para e/ou por essa população. Além disso, foi observada a utilização dos espaços do serviço pelas crianças e adolescentes em uso de substâncias psicoativas, conforme roteiro de observação proposto no apêndice I. A observação participante foi realizada concomitantemente às demais técnicas de coletas de dados. Os dados foram registrados em diário de campo, por meio de formulários apropriados (apêndice II), logo após às observações.

Foram realizadas aproximadamente 170 horas de observação entre o dia 02 de fevereiro e 20 de setembro de 2016. Serão detalhados na sequência os processos de entrada no campo, início da Observação Participante e Pré-análise da Observação.

4.4.1.1 Entrada no campo

Após autorização do Comitê de Ética e da Prefeitura Municipal de Vitória, por meio da SEMUS (Secretaria de Saúde), foram realizados os primeiros contatos com o serviço, onde se obteve a autorização para a pesquisa na instituição, mediante termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE – apêndice IV). Num primeiro momento, informalmente, houve uma visita ao campo para conversa com a coordenação do serviço, onde negociou-se a apresentação da proposta de pesquisa à equipe do CAPSij. Como o serviço estava apresentando questões de processos de trabalho que precisavam ser discutidas na reunião de equipe, a coordenação solicitou que a pesquisadora esperasse algumas semanas antes de apresentar a pesquisa à equipe

Assim, apesar do acesso inicial à coordenação ter acontecido em novembro de 2015, o primeiro encontro com a equipe se deu somente em janeiro de 2016, na reunião de equipe, para

apresentar a pesquisa. As reuniões de equipe são distribuídas entre manhã e tarde, para abarcar quinzenalmente os profissionais de cada turno. Dessa forma, a pesquisadora foi primeiramente à reunião da manhã e, na semana seguinte, à reunião da tarde.

O primeiro contato com o público atendido no serviço se deu com os familiares dos usuários no dia 02 de fevereiro, no grupo de família, a convite da equipe. Embora não fosse objetivo da pesquisa a participação dos familiares como entrevistados, avaliou-se que a participação da pesquisadora poderia facilitar a confiança dos mesmos, visto que a autorização dos responsáveis era fundamental para a participação dos adolescentes nas entrevistas. Percebeu-se, contudo, que a observação do grupo de família trouxe dados significativos para a discussão do lugar do cuidado direcionado à criança e adolescente em uso de SPA, especialmente porque o cuidado aos familiares é entendido como um cuidado indireto aos adolescentes.

O primeiro contato com os adolescentes se deu no dia 19 de fevereiro, no grupo de vivências (grupo direcionado a adolescentes em uso de SPA, que acontecia uma vez por semana). Além da apresentação da pesquisadora para os adolescentes, ocorreram também participações mais ativas das atividades do grupo, e, após algum tempo, os adolescentes passaram a se dirigir à pesquisadora de forma semelhante a como se dirigiam aos profissionais que coordenavam o grupo.

Após alguns encontros, alguns adolescentes começaram a chamar a pesquisadora de tia. Posteriormente, a partir de conversas com alguns profissionais, esses apontaram que quando os adolescentes chamam de tia ou tio é porque se estabelece uma relação de respeito com o profissional, do contrário eles chamam pelo nome ou sequer se dirigem a ele.

Percebe-se assim um aspecto que sinaliza para o pesquisador o estabelecimento de um bom contato com o adolescente, fundamental para que as entrevistas posteriores pudessem ser

mais aprofundadas. Assim, uma condição que se mostrou imprescindível para estabelecer quais seriam os adolescentes abordados para a realização das entrevistas foi esse “bom contato”. Isso se dava especialmente durante as atividades que os adolescentes realizavam no CAPSij. O primeiro momento tinha como objetivo “ganhar o direito de entrada”, tal como aponta Wetzel (2005), o que envolve primordialmente o desenvolvimento de uma relação de confiança, dada a necessidade de uma participação mais implicada dos participantes na pesquisa.

Segundo Guba e Luncon (2011) e Wetzel (2005), nessa fase o pesquisador experimenta efetivamente o contexto do serviço, conversando com pessoas, identificando líderes. Essa fase, chamada pelos autores de etnografia prévia, é fundamental para o bom desenvolvimento das demais fases. Assim, o grupo também pôde observar a pesquisadora nas ações cotidianas, a fim de que pudessem desenvolver essa confiança.

Antes da participação de todas as atividades era solicitada a autorização dos profissionais responsáveis pela atividade, e esses solicitavam a autorização dos participantes. A primeira participação como observadora na reunião de equipe se deu somente um mês e meio após a entrada no campo. Tal solicitação foi feita à coordenadora, que consultou a equipe e foi aceita prontamente. Somente foi solicitada a participação quando se percebeu que a relação de confiança começou a ser estabelecida. Sempre se teve o cuidado de não impor a presença da pesquisadora e de não atrapalhar o funcionamento do serviço, visando também reforçar o respeito à equipe e às suas decisões.

Foram observadas e acompanhadas as atividades subsequentes:

- Grupos ou Oficinas: Grupo de Família (GF); Grupo de Vivências (GV); Grupo de Atividades Manuais (GAM); Grupo de meninas (GM); Grupo de Arteterapia (GA).
- Acolhimentos (A).

- Sala de Espera e Espaço Coletivo.
- Reuniões (R): Reuniões de Equipe; Reunião de Família (Assembleia); Reuniões intersetoriais.

4.4.1.2 Pré Análise

Imediatamente após cada observação, as informações foram registradas por meio digital. À medida que cada observação ia ocorrendo, os dados iam sendo organizados conforme o tipo de atividade acompanhada. Assim, antes do início da aplicação do círculo hermenêutico dialético e das entrevistas com os usuários, o corpo do diário de campo já se encontrava organizado.

Considerando que o método utilizado requer a realização concomitante entre a coleta e a análise de dados, em um processo construtivo e dialético, os participantes do estudo se interpõem entre ambos os processos (Wetzell, 2005). Assim, no decorrer da pesquisa, os dados iam sendo organizados mediante o Método de Análise Comparativo Constante (desenvolvido por Glaser e Strauss e usado por Lincoln e Guba, 2011). Tal método consiste em buscar unidades de informação que seriam relevantes para os objetivos da pesquisa. Segundo Wetzell (2010), a unidade de informação deve indicar uma ação ou entendimento necessário ao pesquisador e deve ser a menor parte da informação possível de ser interpretada sem acréscimo de outras informações. As unidades de informação poderiam ser utilizadas como interlocuções das entrevistas com os profissionais e nos encontros do Grupo Hermenêutico Dialético.

Antes do início das entrevistas que compunham o círculo hermenêutico dialético foram realizadas 98 horas de observação, que foram também pré-analisadas mediante o método de Análise Comparativo Constante. Foi solicitado à coordenação do CAPSij que a estratégia do círculo hermenêutico dialético fosse novamente apresentada na reunião de equipe para que

pudessem ser esclarecidos todos os passos que envolvem a constituição do círculo, desde a primeira entrevista até a realização dos encontros com o grupo participante, como veremos a seguir.

4.4.2 Aplicação do círculo hermenêutico dialético.

Na sequência serão discriminados os processos referentes à Aplicação do Círculo Hermenêutico Dialético, a saber: (i) Identificação dos participantes; (ii) Início do Círculo Hermenêutico Dialético; (iii) Ampliação das construções; (vi).Pré-análise e sequência das entrevistas; e (v) Finalizando a rodada do círculo-hermenêutico

(i) Identificação dos participantes -

O Círculo hermenêutico dialético constitui-se de 10 participantes, chamados aqui de respondentes (R). Foi realizado um círculo hermenêutico-dialético com profissionais de saúde do serviço, de nível superior e técnico, conforme negociação realizada com a equipe. As entrevistas do círculo aconteceram entre 19 de maio a 22 de julho de 2016, dentro do serviço. Foram entrevistados somente aqueles profissionais que compunham a equipe durante o processo inicial de observação, dentre os quais: dois psicólogos, pediatra, psiquiatra, dois técnicos de enfermagem, enfermeiro, musicoterapeuta, terapeuta ocupacional e assistente social. O Círculo Hermenêutico Dialético foi composto por três pessoas que vieram do CAPS adi, quatro que já se encontravam no CAPSij antes da junção e três que entraram no serviço depois da junção. Podemos verificar a distribuição dos participantes do círculo hermenêutico dialético na tabela 3.

Tabela 3

Participantes do círculo hermenêutico dialético

CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	TURNO	ORIGEM DO TRABALHO
Psicólogo 1	40 horas –	manhã e tarde	CAPSadi
Pediatra	30 horas	Alternando entre manhã e tarde	CAPSij
Técnico de Enfermagem 1	40 horas	Manhã e tarde	CAPSadi
Terapeuta ocupacional	30 horas	Manhã	CAPSij
Musicoterapeuta	30 horas	Alternando entre manhã e tarde	CAPSij
Psiquiatra	30 horas	Alternando entre manhã e tarde	Após junção
Psicólogo 2	30 horas	Manhã	CAPSij
Enfermeiro 1	40 horas	Manhã e tarde	CAPSadi
Técnico de enfermagem 2	30 horas	Manhã	Após junção
Assistente Social 1	40 horas	Manhã e tarde	Após junção

Inicialmente, pensou-se em realizar dois círculos hermenêutico dialético, um com profissionais que trabalhavam pela manhã e outro com os que trabalhavam no turno da tarde. No entanto, percebeu-se que dentre os 10 participantes apenas dois trabalhavam somente no turno da manhã, os demais trabalhavam nos dois turnos (profissionais de 40 horas) ou alternavam entre a manhã e a tarde. Assim, o grupo abrangeu profissionais que poderiam relatar questões ocorridas em ambos os turnos.

Para evitar o constrangimento de somente um profissional que trabalhava apenas no turno da manhã não ser inserido no círculo, optou-se por expandir o círculo para 11 profissionais. Entretanto, apesar de ter aceito o convite para participar da pesquisa, não foi possível realizar a entrevista com 11º profissional, pois o mesmo não apresentava disponibilidade de tempo para a entrevista. Além disso, no prazo final para a coleta do círculo ele entrou de férias. Assim, somente um profissional convidado não participou do círculo. Após

encerramento do círculo, outros dois profissionais começaram a trabalhar somente no turno da manhã.

Todas as entrevistas foram gravadas e os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo IV). Após cada entrevista, a mesma era transcrita e a pré-análise era realizada, identificando as unidades de informação, como descreveremos posteriormente. Os Entrevistados serão aqui chamados de Respondentes (R).

Na sequência, será detalhada cada etapa do Processo de construção do Círculo Hermenêutico Dialético, conforme podemos visualizar na figura 2 (adaptado de Guba e Lincon, 2011)

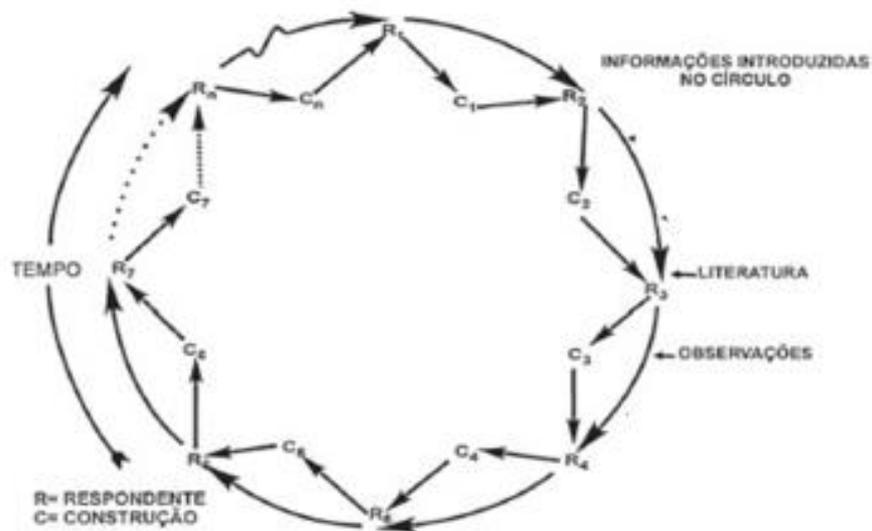


Figura 2 – círculo hermenêutico dialético

(ii). Início do Círculo Hermenêutico Dialético

Como primeiro participante (R1), optou-se por convidar um dos profissionais mais citados como referência pelos demais funcionários do CAPSij no que tange a questão de uso de

SPA. O mesmo trabalhou anteriormente em um serviço específico para o cuidado de crianças e adolescentes em uso de SPA, o CAPSadi. A primeira entrevista foi iniciada com uma questão aberta onde pediu-se que o entrevistado falasse livremente sobre as práticas de cuidado direcionadas às crianças e adolescentes em uso de SPA no serviço. Após a explanação, foram inseridas quatro questões solicitando que ele falasse sobre as características da prática de cuidado para essa demanda, as particularidades desse público, as principais dificuldades enfrentadas no cuidado e, por fim, qual o lugar dessa criança e adolescente que usa substâncias psicoativas no cuidado no serviço, na assistência à saúde e nas políticas públicas (apêndice V).

(iii) Ampliação das construções

Após realizar o relato apontado no item anterior, foram apresentadas ao Respondente informações relevantes da literatura sobre o tema discutido (Guba, & Lincon, 2011) e dados da observação participante, pertinentes às informações que emergiram nas entrevistas (tais informações serão chamadas Construções⁴). Tal procedimento tem por objetivo ampliar as Construções realizadas pelo Respondente.

É importante salientar que a observação se deu anteriormente e concomitante ao processo de entrevista dos profissionais. Dessa forma, as observações foram pré-analisadas à medida em que o diário de campo foi realizado, objetivando indicar temas a serem comentados pelos respondentes. Após a entrevista, R1 foi solicitado a apontar um participante que apresentasse a visão mais diferente possível dele (Guba, & Lincon, 2011), sendo esse o respondente seguinte a ser entrevistado.

⁴ As Construções realizadas pelo R1 será chamada C1, pelo R2, será chamada C2, e assim por diante, como podemos verificar na figura 2.

(vi) Pré-análise e sequência das entrevistas

Antes da entrevista seguinte, foi realizada a transcrição da primeira entrevista. As construções do primeiro Respondente (C1) foram pré-analisadas, objetivando chegar às “unidades de informação”, conforme o Método Comparativo Constante (Lincoln, & Guba, 2011) que serviram como base para indicar temas que seriam comentados pelos respondentes seguintes, conforme detalharemos adiante. Assim, o próximo respondente primeiramente respondeu a investigação inicial (apêndice V) e, em seguida, foi convidado a realizar críticas aos temas surgidos a partir das construções realizadas nas entrevistas anteriores e na observação participante. O processo foi realizado até fechar o círculo. É importante salientar que não foram indicados nem os nomes, nem as falas dos respondentes anteriores, mas sim os temas surgidos nas entrevistas e na observação participante, quando esses não apareciam espontaneamente.

(v). Finalizando a rodada do círculo-hermenêutico

Após finalizado o círculo foi realizado um grupo com os participantes do mesmo, conforme veremos adiante. Várias questões de grande relevância surgiram nas primeiras entrevistas e foram introduzidas nas demais entrevistas “em busca de informações mais detalhadas e específicas” (Wetzel, 2011, p. 115).

Apesar de a metodologia indicar que seria possível reciclar o grupo ou acrescentar novos respondentes (Guba, & Lincon, 2011; Wetzel, 2011), optou-se por não realizar novos grupos, visto que, devido à relação de vínculo e confiança estabelecidos entre o pesquisador e os entrevistados, as entrevistas foram bastante longas e ricas. A inserção de novos grupos também não foi feita, pois diante da quantidade de questões/informações surgidas tanto nas entrevistas

como nas observações, optou-se por encerrar as entrevistas com esses profissionais para que o número excessivo de informações não tornasse o processo de análise inviável. Tal situação pode ser percebida também na pesquisa de Wetzel (2011).

4.4.3 Grupos do círculo hermenêutico dialético

Os grupos do Círculo Hermenêutico Dialético foram encontros realizados apenas com os participantes dessa etapa. Foram apresentados questões e temas importantes, surgidos a partir da pré-análise das entrevistas e dos diários da observação participante, para que esses pudessem ser discutidas pelos participantes.

(i) Preparando as questões para o grupo de interesse

As questões foram preparadas buscando expor as Construções realizadas pelos respondentes, para que os participantes tivessem acesso à totalidade das informações e pudessem modifica-las ou confirmá-las. A partir do grupo foi possível verificar o nível de consenso no que tange às principais questões⁵ e/ou temáticas surgidas, e discutir a ação a ser desenvolvida a partir da metodologia (Guba, & Lincoln, 2001, Wetzel, 2010; Kantorki, 2011; Kantorki, 2009; Guba, & Lincoln, 2011). Assim, também foi possível oferecer um espaço para a discussão de questões não resolvidas ou conflitantes, no que tange ao contexto da pesquisa, e construir ações a serem realizadas pelo grupo acerca do lugar da criança e do adolescente usuário de substâncias psicoativas em acompanhamento no serviço, nas estratégias de cuidado em saúde mental.

⁵ Por questões, entende-se as informações conflitantes entre os participantes, ou questionamentos levantados no decorrer da observação.

Após a organização das questões do grupo, partiu-se para a etapa de apresentação para o referido grupo, a fim de se ter acesso à totalidade de informações e “ter a oportunidade de modifica-las ou dar credibilidade” (Wetzel, 2011; Guba, & Lincon, 2011). Dada a grande quantidade de dados surgidos, foi necessário aumentar o número de encontros com o grupo hermenêutico dialético para três, o que foi negociado com os participantes no primeiro encontro. Importante salientar que os participantes solicitaram um número maior de encontros, mas dada a limitação de tempo para a coleta de dados e o número significativo de informações coletadas, optou-se pela realização de três grupos apenas.

Assim, foram realizados três encontros onde foram convidados todos os entrevistados do círculo. Foram apresentados os resultados provisórios (pré-análises), focando nas principais questões surgidas. O critério para selecionar os temas de cada grupo foi a sua relação com os objetivos da pesquisa, e as questões que apresentaram visões mais diferentes entre os Respondentes. Assim, nos grupos 1 e 2 discutiu-se a temática de ações de cuidado, sendo “quais são as ações de cuidado” e “características das ações de cuidado”. No grupo 3, a temática foi o lugar da criança e do adolescente em uso de substâncias psicoativas no cuidado. Os grupos tiveram duração entre 80 min e 100 min e o intervalo entre cada encontro foi de um mês, acontecendo assim entre os dias 26/09 e 28/11. Os grupos foram gravados e, após a realização de cada encontro, seguia-se a transcrição e a pré-análise, conforme o Método Comparativo Constante, visando colaborar na preparação do grupo seguinte.

(ii) Realização dos grupos

Grupo 1

Participaram do grupo 1 oito dos 10 Respondentes. Dos quais, dois não estavam no serviço no momento do grupo. Foi utilizado um *data show* com a apresentação em *power point* de questões surgidas a partir da análise das entrevistas.

(a) Iniciou-se o grupo entregando uma folha para cada participante (apêndice VI) com a organização das ações de cuidado citadas nas entrevistas. O pesquisador orientou que seriam discutidos nos grupos questões referentes a essa categoria, a saber: acolhimento agendado e demanda espontânea; clínica e cuidado; e interrupção do grupo de vivência.

(b) Foram apresentadas as principais questões surgidas a partir da pré-análise dos resultados por meio de slides (em cada slide apresentou-se uma questão e uma discussão prévia realizada). Abriu-se espaço para discussão após cada questão. ..

1. SLIDE 1: “O acolhimento da demanda espontânea, que é bem diferente da prática com crianças e adolescentes ‘transtorno’, pois os casos AD, ‘às vezes eles vão só procurar comida mesmo’. Alguns pensam que isso não é válido, outros pensam que se faz clínica a partir desse cuidado básico. Observei tanto pelas falas informais quanto pela observação, que se constrói ou fortalece o vínculo a partir desse cuidado. Logo, é um dado que é pertinente para compreender melhor.”
2. SLIDE 2: “Se faz clínica enquanto se realizam esses cuidados, ou esse cuidado também é clínica? Ou não? Ou simplesmente ele vem aqui porque ele tá com fome e não é feito nada, não se atinge essa criança e esse adolescente?”
3. SLIDE 3: “Sobre a questão do grupo de vivência: (há uma crítica de existirem poucas atividades, tanto que foi criado mais 1 grupo no decorrer da observação. Mas recentemente, o grupo que era considerado mais potente, pelos entrevistados, acabou...e o outro grupo de meninas também está acabando)”.

Os participantes discutiram cada questão apresentada. Ao final das discussões, decidiu-se o dia e horário para o grupo seguinte.

Grupo 2

Embora a pesquisadora não tivesse entrado em contato prévio para lembrar aos participantes do dia do grupo, estiveram presentes nove dos 10 respondentes, sendo que um dos respondentes justificou sua ausência.

Após a transcrição e a pré-análise do grupo anterior, foi feito o levantamento da frequência em que as principais palavras apareciam, e a partir daí foi construída uma nuvem de palavras. Essa nuvem foi utilizada para que os participantes pudessem visualizar os temas ou palavras que mais foram ditas por eles no encontro anterior, sendo um disparador para as discussões do Grupo 2.

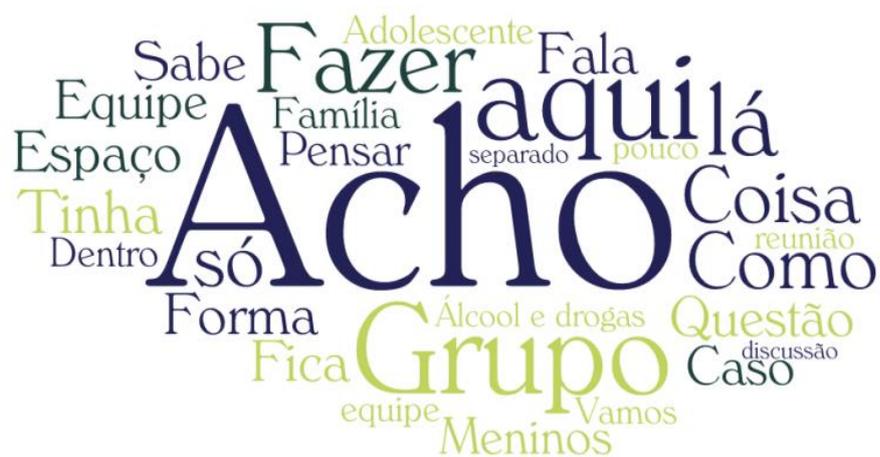


Figura 3: Nuvem de Palavras

Utilizou-se o *data show* para melhor visualizar a nuvem de palavras. Foi informado aos participantes como se deu sua construção, explicando que quanto maior a palavra, maior a frequência em que ela apareceu no grupo anterior. Em seguida foi solicitado que eles falassem sobre suas impressões e fizessem relações com as estratégias de cuidado, foco do grupo anterior.

Importante ressaltar que a palavra “equipe” aparece duas vezes, não sendo percebida pela pesquisadora anteriormente, somente pelos participantes. Após ser questionada se teria colocado a palavra “equipe” duas vezes propositalmente, a pesquisadora apontou que não foi intencional. A situação em questão serviu de dado para ser analisado e fomentou discussões no grupo.

Grupo 3

No grupo 3, a proposta foi trabalhar com questões acerca do lugar da criança e do adolescente usuário de substâncias psicoativas no cuidado em saúde mental. Participaram do grupo oito Respondentes.

Aleatoriamente, os participantes receberam um recorte de papel contendo uma frase que representava um dos núcleos temáticos contidos na pré-análise das entrevistas, a saber:

1. “CAPSi como lugar de cuidado: junto VERSUS separado da demanda ‘transtorno’; dentro VERSUS fora” (cuidado realizado dentro ou fora do CAPSi).
2. Lugar do sujeito no cuidado: demanda do profissional VERSUS demanda do usuário.
3. Lugar do sujeito no cuidado: cogestão no tratamento e cuidado de si.
4. Lugar na cidade: a cidade está preparada para receber o sujeito?

Após receber as frases, foi disponibilizada aos Respondentes uma caixa de imagens, na qual encontravam-se diversos recortes de imagens de revistas e jornais. Os participantes foram

orientados a escolher uma ou mais imagens que pudessem representar a frase que se encontrava com ele, e colar numa folha de papel ofício. A utilização da caixa de imagens no processo do grupo hermenêutico 3 teve por objetivo mediar a produção e organização das Construções dos participantes. Dessa forma, as imagens construídas a partir do grupo não foram analisadas posteriormente, mas durante a realização do Grupo hermenêutico dialético foi utilizado o método de amplificação (Penna, 2013). A amplificação das imagens se dá pela busca de conexões, interligações possíveis, com as associações feitas pelos participantes no grupo, referentes "símbolo/fenômeno".

Após finalizada a colagem (construção), os participantes falaram para o grupo sobre a(s) imagem(s) escolhidas, associando-as à frase que ficou sob sua responsabilidade, bem como sobre outras percepções acerca da temática. Algumas frases eram repetidas, mas foram contemplados todos os núcleos temáticos pré selecionados para esse grupo. Após a fala de cada Respondente, o restante do grupo pôde falar sobre sua impressão ou realizar algum complemento.

Ao final do processo, os participantes foram convidados a reunir todas as construções em uma única folha de papel cenário (Apêndice VII). Para isso, todos participaram com sugestões de formas de colagem que contemplassem todas as construções, sendo necessário entrar em consenso sobre a melhor maneira de representar o “lugar da criança e do adolescente nas estratégias de cuidado em SMIJ” para o grupo. Vale ressaltar que não se utilizou das imagens na discussão dos resultados, mas o processo serviu como disparador para construções verbais realizadas pelo grupo.

Concomitante à aplicação do círculo hermenêutico dialético, foram realizadas as entrevistas com os adolescentes, que será detalhada a seguir.

4.4.4 Entrevistas com os adolescentes

Antes do início das entrevistas, realizou-se um total de 100 horas de observações. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com seis adolescentes em uso de substâncias psicoativas assistidas pelo CAPSij, dos quais somente um é menina, conforme tabela 4. Os pais ou responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice VII) e os adolescentes assinaram o termo de assentimento (apêndice VIII) Segundo Gaiva (2009). Por serem tutelados legalmente, os responsáveis devem consentir com a participação da criança e/ou adolescente na pesquisa, mas é fundamental também que se obtenha o assentimento do participante, por via do termo de assentimento. As entrevistas ocorreram entre os dias 20/05 e 04/10, e tiveram duração entre 16 min e 65 min. Na tabela a seguir apresentamos os adolescentes que participaram das entrevistas.

Tabela 4

Adolescentes entrevistados

Nome fictício	Idade	Escolaridade	Tempo de capsij	Idade que começou	Droga de uso	Com quem reside
Aleff	16	1º ano ensino médio	6 meses	11 anos	Maconha; Cigarro; Cocaína (experimentou)	Pais e irmãos
Iago	15	7º ano Não vai a escola	5 meses	8 anos	A primeira foi loló; Maconha; Lança perfume; Quadrado ⁶	Mãe (pais separados)
Luluzinha da Alta.	15	7º ano	4 meses	13	Maconha; Loló; “pó”; quadrado; bala; ecstasy e lança perfume.	Mãe (pais são separados)
Paulinho	16	Não está estudando	1 ano	12	Maconha; Cigarro;	Abrigo

⁶ A droga “quadrado” refere-se ao LSD.

		Parou na sexta série	na		Já usou “cocaína na pista”	
Joao	16 anos	1º ano	1 ano	15	Maconha	Tia
Jay Woldsu	15 anos	7 e 8º	2 anos	10	Maconha	Avó

As entrevistas foram guiadas por um roteiro (apêndice III) envolvendo questões acerca do cuidado destinado à criança e ao adolescente usuários de SPA, objetivando compreender o lugar dessas crianças e adolescentes no cuidado em Saúde Mental, bem como as dificuldades vivenciadas em relação a esse cuidado e a percepção do lugar para a assistência a esses indivíduos. É importante assinalar que a entrevista foi conduzida buscando-se uma linguagem mais acessível aos adolescentes. Apesar de inicialmente ser indicado que seria usado um recurso gráfico para facilitar o diálogo entre pesquisadora e entrevistado, no decorrer do processo foi avaliado que a utilização poderia inibir os adolescentes. As entrevistas foram gravadas e realizadas em data e horário previamente agendados com os participantes e seus responsáveis e, posteriormente, foram transcritas. Somente uma entrevista não foi feita no CAPSij, sendo realizada em uma Casa de Acolhimento onde residia um dos adolescentes. Tal situação fez-se necessário pois o adolescente em questão seria transferido e os responsáveis pelo abrigo acreditavam que ele não aceitaria permanecer na nova instituição; assim, não havia tempo hábil para aguardar uma nova ida do adolescente ao CAPSij.

No final da entrevista, o pesquisador convidou o entrevistado a escolher um nome para ser utilizado na pesquisa. Kramer (2002) pontua que tal proposta ao mesmo tempo que garante o anonimato do sujeito, conforme orientação na CNS (Conselho Nacional de Saúde/ Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012), propõe uma alternativa para que essas crianças e adolescentes, muitas vezes expropriados de seu lugar de subjetividade, mantenham uma identidade na pesquisa. Isso mostra-se pertinente em nosso estudo, uma vez que consideramos

primordial ouvir suas vozes e, dessa forma, tentamos garantir a esses sujeitos um “lugar” de autoria, conforme consta na tabela 4. Assim, os adolescentes entrevistados foram identificados pelo nome escolhido.

Apesar da construção de vínculo, o processo de pesquisa com os adolescentes apresentou muitas dificuldades. Isso se deve não pela recusa dos mesmos, mas por outros aspectos, tais como: (i) após autorização dos responsáveis e agendamento das entrevistas, houveram muitas faltas e necessidade de remarcação; (ii) dificuldade em conseguir autorização dos responsáveis, sejam eles os pais ou responsável pelo abrigo; (iii) entre o processo da aceitação do adolescente em participar da pesquisa e a realização das entrevistas, tiveram várias intercorrências, tais como situações em que o adolescente: fugiu de casa ou evadiu do abrigo; ficou em situação de rua, retornou para o tráfico ou mesmo foi preso.

Outra questão pertinente que contribuiu para a finalização das entrevistas se deve ao fato de que o Grupo de Vivências, único grupo destinado a adolescentes em uso de SPA, foi suspenso pelos profissionais que o coordenavam, pois segundo os mesmos ele precisava ser reorganizado. Assim, após a interrupção do grupo de vivências, tornou-se mais difícil encontrar os adolescentes AD no serviço. Dessa forma, tornou-se inviável a busca por outros adolescentes que pudessem participar das entrevistas, sendo ainda mais necessária a mediação dos profissionais. A partir de então, os profissionais foram apontando alguns possíveis participantes, e contatando o pesquisador quando esses adolescentes aparecessem no serviço, ou mesmo conversavam com outros adolescentes para verificar se aceitariam participar da pesquisa.

Nas últimas duas entrevistas, cujo “bom contato” não foi estabelecido previamente, os adolescentes mostraram-se pouco à vontade com a pesquisadora e, conseqüentemente, as entrevistas foram menos aprofundadas. Assim, mediante o entendimento de que o vínculo seria

o principal veículo das relações estabelecidas entre pesquisador-entrevistado, e como sua construção não seria mais possível, optou-se pelo encerramento das entrevistas.

4.5 Análise dos Dados

Conforme verificamos na Tabela 1(Desenho metodológico) e no decorrer da descrição dos procedimentos metodológicos, a análise ocorreu concomitante e após o processo de coleta de dados. Foram necessários procedimentos de análise específicos para determinadas etapas. Assim, para melhor visualização do procedimento de análise de dados, o mesmo foi dividido em: (i) A Observação Participante e as entrevistas do Círculo Hermenêutico Dialético; (ii) Grupos; (iii) Entrevistas semiestruturadas com os adolescentes;

(i) A *Observação participante e as entrevistas do Círculo Hermenêutico Dialético* foram analisadas conforme método comparativo constante (desenvolvido por Glaser e Strauss e adaptado por Lincoln e Guba, 2011). Tal método consiste em buscar unidades de informação que servirão como base para definir as categorias. Segundo Wetsel (2010), a unidade de informação deve indicar uma ação ou entendimento necessário ao pesquisador e deve ser a menor parte da informação possível interpretada sem acréscimo de outras informações. As unidades de informação seriam apresentadas nas entrevistas subsequentes, caso não tivessem sido espontaneamente relatadas. Após a interlocução, as unidades foram reconstruídas e outras acrescentadas.

Posteriormente foram construídos os *núcleos temáticos* que foram apresentados ao grupo hermenêutico dialético. Tais núcleos temáticos tratam-se de reagrupamento de todas as unidades de informação e questões “aparentemente relacionadas com o mesmo conteúdo, de um modo que um conjunto de questões originaram determinados núcleos temáticos mais amplos” (Wetzel, 2005, p. 125).

(ii) As falas dos **Grupos** foram analisadas mediante o Método Comparativo Constante. Após encerrados os Grupos, os Núcleos temáticos foram reorganizados, inserindo-se assim as novas construções. A partir dos núcleos temáticos buscou-se “falas” das entrevistas e dos grupos e/ou recortes dos diários de campo referentes a tais núcleos. Tal procedimento constituiu as categorias e subcategorias temáticas a serem verificadas nos resultados.

(iii) Os dados obtidos a partir das *entrevistas semiestruturadas com os adolescentes* foram organizados e analisados a partir da análise de conteúdo, na modalidade de análise temática (Minayo, 2004). Tal procedimento foi realizado tendo por critério a frequência com que as temáticas apareciam, considerando aspectos pertinentes aos objetivos da pesquisa e realização de recortes, como frases e palavras-chave, viabilizando a categorização dos dados. Posteriormente foi realizada a transformação de dados brutos em síntese do conteúdo, com a classificação dos dados. Em seguida, foi realizada a interpretação dos dados obtidos.

Os resultados serão *discutidos* à luz da literatura disponível no campo da SMIJ e das ideias de “desenvolvimento da personalidade e relações de cuidado”, “vínculo transferencial” e o conceito de “complexo cultural” alicerçados no referencial teórico da Psicologia Analítica, que serão apresentados no capítulo a seguir, e irão subsidiar a discussão dos resultados. Diante dos resultados dos estudos, propõe-se articular as diferentes visões (dos profissionais e dos adolescentes) acerca do lugar da criança e do adolescente usuário de SPA. Não se pretendeu com isso contrapor ou confrontar as diversas visões, mas ampliar a compreensão do lugar da criança e do adolescente em uso de SPA a partir de um serviço de atendimento em Saúde Mental infantojuvenil.

É preciso ressaltar que durante todo o processo de pesquisa utilizou-se uma perspectiva metodológica cujas características principais são similares ao método junguiano chamado “circuambulação” (Jung, 2013b), ou seja, uma estratégia de rodear o símbolo/fenômeno, que

começa desde a delimitação do tema até a síntese da compreensão do símbolo/fenômeno; finalizando com a articulação teórica. (Penna, 2014). Tal estratégia mostra-se articulada com a proposta teórico metodológica da Avaliação de quarta geração, tanto no que tange à coleta de dados, como para a análise dos dados, a partir do "Método comparativo constante" (Glaser e Strauss, proposto de Guba e Lincoln (2011).

Para identificar o instrumento e os participantes a partir do qual foi exemplificado o resultado, utilizou-se siglas, conforme verifica-se na tabela a seguir:

Tabela 5 –

Siglas das atividades e participantes

Técnica de Coleta de Dados	Identificação das atividades e participantes
Observação	Inicia-se com "Observação" acrescida da atividade observada. Por exemplo, observação do grupo de vivência 1.
Entrevista com profissionais	R1, R2, R3...
Grupo Hermenêutico Dialético	Grupo1, Grupo2, Grupo3
Entrevista com adolescentes	Nomes fictícios

4.6 Aspectos Éticos

A presente pesquisa foi realizada em consonância com as normas instituídas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, a fim de assegurar que os direitos dos participantes sejam resguardados, obedecendo a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional da Saúde (CNS)/Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2013a). A pesquisa também está de acordo o Código de Ética Profissional do Psicólogo (Resolução CFP nº 002/87 de 15 de agosto de 1987) no que preconiza os aspectos éticos em estudos e pesquisas. (Conselho Federal de Psicologia, 2005).

O projeto foi previamente autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde do Município e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo

(Número do Parecer: 1.379.899). Após as referidas aprovações, foi encaminhado ao responsável pelo CAPSij cópia do projeto e dos instrumentos de coleta de dados que seriam utilizados. O projeto então foi apresentado à equipe, em reunião.

Os participantes maiores de idade assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice X) e receberam todas as informações sobre a proposta do estudo e garantia de respeito, o sigilo e a liberdade de participação, podendo retirar-se em qualquer momento da pesquisa. Os responsáveis pelas crianças e adolescentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e as crianças e adolescentes que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Assentimento.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A complexidade dos objetos da psicologia, em especial o sofrimento psíquico de crianças e adolescentes em uso de substâncias - objeto de nossa tese - requer uma diversidade tanto metodológica como teórica. (Nardi & Avellar, 2013). Assim, como referencial teórico para discussão dos resultados da tese, utilizaremos a Psicologia Analítica e os principais conceitos da Reforma Psiquiátrica, bem como dispositivos e orientações ministeriais como suporte para a discussão do lugar de cuidado.

5.1 A Reforma Psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem como principal direcionamento a oposição à lógica manicomial pautada numa clínica medicocentrada e excludente, implicando, assim, a necessidade de construção de outras formas de cuidado (Amarante, 1995). Nessa direção, a clínica na reforma psiquiátrica trata-se de uma clínica em constante construção (Delgado, 2007). Além disso, ela é marcada pela compreensão que o sofrimento do sujeito é perpassado por vários campos, dentre os quais o social, o familiar, dentre outros, apontando para uma necessidade de atenção no âmbito psicossocial (Espínola, 2013).

Nesse contexto, a noção de clínica é ressignificada e passa a ser compreendida a partir da ideia de “clínica ampliada” (Bezerra, 2008; Estellita-Lins et al., 2009). A clínica ampliada é usualmente perpassada pelo termo cuidado. Ainda que receba uma diversidade de interpretações, nesse contexto “[...] cuidado aponta, basicamente, para um tipo de relação que inclui o acolhimento, a visão e a escuta num sentido mais global, tomando o usuário como pertencente a um determinado contexto sociocultural do qual não pode ser alijado” (Bezerra, 2008, p.26). Dessa forma, o “cuidado em liberdade” torna-se imprescindível para uma clínica pautada na atenção psicossocial.

Nesse sentido, no contexto do cuidado ao público de crianças e adolescentes que usa drogas, tem-se como ponto fundamental nessa transformação a proposta de atenção psicossocial e a oposição a tratamentos excludentes e que caracterizem grande dependência institucional. Contudo, temos duas questões iniciais relacionadas a esse movimento: primeiro, a grande dívida histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica em relação ao público infantojuvenil (Cirino, 2004; Couto, & Delgado, 2008), o que colabora com a morosidade na construção de políticas públicas que contemplem esse público e, conseqüentemente, na constituição de “lugar” para esses sujeitos.

O segundo questionamento surge a partir da grande incidência de internações de sujeitos em uso de substâncias psicoativas por longo período, especialmente em Comunidades Terapêuticas (Costa, Mota, Paiva, & Ronzani, 2015; Azevedo, & Souza, 2017), e de internações compulsórias com caráter punitivo e institucionalizante de crianças e adolescentes em uso de substâncias (Scisleki, 2006; Soares et al., 2017). Tais situações são bastante frequentes também no contexto da assistência a esse público no Estado do Espírito Santo (Ramaldes, 2011), ainda que vá de encontro às diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Esse é um grande desafio para os profissionais de Saúde Mental que trabalham em consonância com o movimento de desinstitucionalização.

Diante da mudança de paradigma a partir do processo de desinstitucionalização, objetivo da Reforma Psiquiátrica, faz-se necessário compreender o sujeito, em seu sofrimento psíquico, por via de todos os sentidos possíveis e “[...] tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida” (Amarante, 1995, p. 493-494), permitindo assim sua reinserção no contexto social. Conforme Saracceno (1996), a reinserção social ou reabilitação psicossocial seria uma reconstrução da própria existência e da rotina do sujeito, valorizando suas necessidades psicossociais e desenvolvendo sua capacidade em lidar com

aspectos do cotidiano, autoestima e práticas de cidadania. Isso implicaria a construção de um conjunto de estratégias que possibilitem a remoção de barreiras que impedem essa integração do sujeito na sociedade, visando assim a reconstrução da autonomia do sujeito.

Por autonomia, compreendemos o ponto em que a pessoa estabelece uma relação de convivência com seus problemas de maneira a demandar menos dispositivos assistenciais do próprio serviço (Estellita-Lins, Oliveira & Coutinho, 2009). Nesse sentido, podemos refletir sobre a inserção das crianças e adolescentes em uso de substâncias psicoativas num lugar de co-construção no processo de compreensão e ação sobre si mesmas e sobre a construção de estratégias para lidar com seu cotidiano e com o próprio sofrimento.

Quando abordamos a questão da desinstitucionalização, levantamos o questionamento sobre o olhar frente ao “lugar de cuidado” para a criança e o adolescente em sofrimento psíquico decorrente do uso de drogas, seja por parte da sociedade, do próprio indivíduo ou do profissional de saúde mental. Trata-se assim de um grande desafio para a luta antimanicomial a desconstrução dos “manicômios invisíveis” ainda presentes em algumas práticas de saúde e no cotidiano dos atores sociais, através de um olhar que aprisiona o sujeito, seja ao lugar de alguém que precisa de tutela, seja no lugar de “perigoso”, ou mesmo na invisibilidade. Tais “prisões” impedem o sujeito de ser reconhecido como singular, e assim de exercer sua cidadania, bem como de construir sua própria forma de relacionar-se com o mundo e com seu sofrimento (Iglesias, 2015).

Romper com essa cultura manicomial exige da sociedade e dos dispositivos políticos e clínicos de saúde grandes transformações, partindo dos modos de cuidado autoritários e fragmentados para a co-participação e co-gestão dos sujeitos e para organização de estratégias de cuidado mais sistematizadas e contextualizadas.

Tendo em vista os princípios fundamentais da atenção psicossocial e o apontamento das contribuições da clínica para sustentar tais princípios, elege-se, nesta tese, a psicologia analítica como referencial teórico por se considerar que a mesma apresenta uma perspectiva teórica e prática que se aproxima dos princípios da reforma psiquiátrica. Segue-se, portanto, os princípios e conceitos junguianos elencados para a discussão dos resultados desta pesquisa.

5.2 Psicologia Analítica

Como referencial para compreender o lugar da criança e do adolescente em uso de SPA nas estratégias de cuidado em SMIJ será utilizada a Psicologia Analítica, aqui também chamada de psicologia junguiana⁷. A Psicologia Analítica foi fundada por Carl Gustav Jung médico suíço, que teve como objeto constante de seu campo de investigação a saúde mental.

No início do século XX, Jung atuou no Hospital psiquiátrico de Burghölzli, em Zurique, local onde se processou enorme renovação psiquiátrica. Jung fez parte da equipe do Dr. Eugen Bleuler, responsável pelas pesquisas que viriam substituir o conceito de demência precoce – atribuído a Kraepelin – pelo conceito de esquizofrenia, que vigora até os dias de hoje. Jung publicou em 1907, o livro chamado “A psicologia da *dementia praecox*”, no qual ele defende pela primeira vez, a partir da observação e experimentação, que os sintomas da demência precoce (mais tarde esquizofrenia) poderiam ser compreendidos psicologicamente e que, apesar das incongruências, os delírios eram cheios de significações (Jung, 2014b). Jung foi um dos primeiros psiquiatras a olhar através dos invólucros pessoais da doença mental. O contato com a psicose foi um ingrediente fundamental para o desenvolvimento posterior da Psicologia Analítica, pois foi justamente olhando através da psicose (e não para a psicose) que Jung

⁷ A Psicologia analítica refere-se à escola clássica, fundada por Jung; a psicologia junguiana diz respeito ao universo teórico junguiano como um todo. Nesta tese, nos remeteremos aos dois termos para representar o referencial teórico.

percebeu que há uma dinâmica inconsciente que se desenrola para além do caos e da fragilidade pessoal (Jung, 2014b). Tal posicionamento aponta para um olhar sobre o ser humano em sofrimento psíquico que se afasta do paradigma determinista, considerando assim, a diversidade que envolve o sujeito.

Entende-se, portanto, que, na psicologia analítica, abre-se espaço para o paradigma da complexidade e da diversidade, tendo por destaque a compreensão e interpretação dos fenômenos, sendo assim, um elemento do paradigma qualitativo (Pieri, 2002; Penna, 2014).

Vários autores, como Penna (2013; 2014) e D'Allones (2004), destacam que é de suma importância que o método de pesquisa esteja articulado à perspectiva epistemológica do paradigma, em nosso caso, junguiano. A epistemologia visa saber como o mundo é conhecido e que relação se estabelece entre o conhecido e o conhecedor. Diante disso, tem-se que o “processo de produção de conhecimento decorre diretamente da concepção de mundo assumida pelo paradigma e encaminha o método de investigá-lo” (Penna, 2013, p. 155).

Dessa forma, cada paradigma faz reivindicações específicas ao pesquisador, tanto no que tange à formulação de perguntas, como às interpretações realizadas. Assim, ao pensar a pergunta principal referente a esta tese, ou seja, “qual é lugar da criança e do adolescente em uso de SPA nas estratégias de cuidado em Saúde mental infantojuvenil?”, este encontra-se atrelado ao método, ou seja, ao caminho pelo qual está sendo construído o conhecimento acerca da temática, e à perspectiva epistemológica junguiana. É preciso, portanto, trazer a discussão acerca de alguns pontos: a epistemologia junguiana e sua relação com o método, o desenvolvimento da personalidade e as relações de cuidado, o vínculo transferencial e os complexos culturais.

5.2.2 Epistemologia junguiana e método hermenêutico dialético

Jung preocupava-se bastante com os limites epistemológicos de sua teoria. A discussão da perspectiva epistemológica do paradigma junguiano começa pela definição de conhecimento, no qual *conhecimento corresponde a consciência* (Penna, 2014). A consciência seria o cerne e o agente do conhecimento, sendo imprescindível conhecer suas propriedades a fim de compreender os limites e as possibilidades de conhecimento (Penna, 2013).

Conhecer acerca de um objeto implica inclinar-se sobre ele, bem como sobre suas relações como mundo “[...] dentro desse tempo e espaço de agora, e com o mundo todo, com o seu passado, presente e futuro” (Mello, 2007, p. 23). Para Jung (2013), a consciência se configura a partir de sua correlação com o conjunto da psique, logo, ela relaciona-se com o processo objetivo dos fenômenos e da vida; e a partir das relações com os conteúdos psíquicos e o ego, apontando para o aspecto subjetivo. Apesar de a consciência estar fundada na relação do indivíduo como coletivo (com o social), ela também é expressão da percepção única do sujeito, expressa como realidade psíquica, sendo, portanto, subjetiva.

A consciência é limitada por um lado pelo mundo externo e por outro pelos conteúdos inconscientes. Esse processo de permanente ampliação da consciência ocorre a partir da integração dos elementos inconscientes concomitantemente à integração dos conteúdos referentes ao mundo externo – tanto na consciência individual como coletiva (Penna, 2015.). Para tanto, se faz necessário uma aproximação da vivência imediata do fenômeno. Para que tal aproximação aconteça é imprescindível que se permita a expressão dos conteúdos inconscientes. Diante disso,

Jung procura aproximar-se do inconsciente e permitir que este se revele através de sua própria linguagem, não somente com o olhar do consciente, o olhar da razão. Porém, como visto o inconsciente é de natureza objetiva e subjetiva e, sendo assim, os conceitos

fazem-se necessários, a consciência faz-se presente como sendo a que irá procurar categorias, generalizações, etc. Por outro lado, à medida em que se permite que o inconsciente se manifeste em seus próprios termos, permite-se, também, que modos de compreensão e de experiências novos se constituam, devido ao fato de que neste momento, a consciência tem que desconstruir seus conceitos, seu saber sobre o que é inconsciente e deixar que este se apresente em toda a sua originalidade. A consequência desta ação é que novos conceitos se forjam, criados a partir do instante em que a consciência dá conta desta experiência originária, para ser desconstruída, posteriormente (Damião Junior, 2005, p. 14).

Nesse sentido, entende-se que a construção de conhecimento implica um curso de expansão da consciência que se estende por toda experiência da humanidade e atravessa sua história (Penna, 2014). É preciso assinalar que a busca pelo conhecimento como apreensão da realidade, ou seja, como integração do ambiente à realidade psíquica do indivíduo, tem como base o “impulso de origem arquetípico”⁸, mas também é instigado pelas situações do ambiente, que juntos impulsionam o ser humano para realizações (Penna, 2013).

Uma questão importante na epistemologia junguiana trata-se da **Relação entre o conhecedor e o conhecido**, ou seja, da “relação com o outro” Esse outro seria algo diferente do EU e relacionado tanto ao mundo externo como ao mundo interno. Isso é possível epistemologicamente, pois no processo de conhecimento “algo desconhecido que pode ou deve ser conhecido e, portanto, admite a natureza diversa e distinta de ambos”. (Penna, 2013, p. 180). Como pontuamos, elementos do mundo interno, ou seja, do inconsciente, também inicialmente

⁸ Segundo Jung (2014) por arquétipo pode-se compreender os padrões basais de organizações psíquicas, desenvolvidos ao longo da evolução filogenética humana, a partir das experiências comuns a todos humanos como da maternidade, enfrentamento, adaptação, dentre outros. Os padrões arquetípicos representam não apenas a possibilidade de organização psíquica, mas a compreensão dos comportamentos tipicamente humanos que podem ser observados seja nas expressões pessoais ou coletivas (seja nos comportamentos sociais ou expresso pelas produções culturais como mitos, expressões artísticas e literárias).

consistem em elementos desconhecidos à consciência e, conseqüentemente, ao Ego⁹, centro da consciência.

Clarke (1993) aponta que na ligação entre consciência e inconsciente existe algo de indefinido. Isso se deve especialmente porque o conhecedor/observador não pode ser completamente separado do observado e, em tal relação, aquele sempre irá afetar o observado, ainda que somente no ato de observar. Diante dessa perturbação que sempre ocorre, Jung (2013) aponta que a realidade perderá algo do aspecto objetivo e, de outro lado, um aspecto subjetivo será acrescido à compreensão dessa realidade. Dessa forma, o conhecimento será sempre influenciado pela psique do conhecedor.

A tendência natural para o conhecimento no ser humano está estreitamente relacionada à busca de sentido da vida (Penna, 2013). O processo pelo qual essa dinâmica se traduz em ampliação da consciência é o *processo de individuação*, que pode ser compreendido como um processo de desenvolvimento marcado pelo esforço constante em torna-se um ser íntegro. Tal desenvolvimento se dá por meio de integrações entre os conteúdos da consciência e do inconsciente (Jung, 2015). Esse processo de busca pela singularidade compreende, portanto, uma relação com o mundo externo e com o mundo interno (inconsciente). “Cada indivíduo expressa em si o inconsciente coletivo, que manifesta a possibilidade de viver o paradoxo entre ser um, mas fazer parte da comunidade humana” (Mello, 2007, p. 119).

O processo de individuação pode ser compreendido como um processo dialético de amadurecimento do ego em constante adaptação à realidade interior e exterior (ambiente). Essa adaptação implica a produção de conhecimento em diferentes níveis: (i) pessoal: autoconhecimento, percepção dos desejos, motivações, medos, dentre outros; (ii) interpessoal:

⁹ Para a psicologia Analítica, Ego é o eixo central da Consciência no qual se organizam as experiências de identidade, sendo também um mediador entre os elementos externos (provindos do ambiente) e os internos (provindos do inconsciente)

conhecimento a partir da relação objetiva com o outro, cuidado, afeto, projeções; (ii) coletivo: conhecimento das exigências pessoais, papéis, etc. No processo de individuação, a produção e integração desse conhecimento possibilita uma relação mais saudável do ego com a realidade interior e exterior.

Nesse sentido, ao mesmo tempo em que o processo de individuação implica um processo subjetivo, ele também requer um relacionamento objetivo com o mundo (Jung, 2013b). Diante disso, à medida que possibilita a integração dos aspectos inconscientes à consciência, “através de seus aspectos arquetípicos, torna o mundo compartilhado por todos os membros da espécie humana” (Penna, 2013, p. 164). Assim, o processo de aquisição e construção do conhecimento na psicologia analítica resulta da relação com aspectos da dimensão individual e coletiva. A partir da dimensão individual, a construção do conhecimento acontece por meio das expressões subjetivas, tais como sintomas, comportamentos, fantasias. No que tange a dimensão coletiva, se dá por meio da observação e vivência das manifestações coletivas, culturais, tais como eventos sociais, ciência, religião, entre outros (Jung, 2012).

É importante salientar que os conteúdos advindos da dimensão inconsciente não são possíveis de serem acessados diretamente visto que se encontram em um plano do desconhecido, mas tais produtos podem se manifestar utilizando elementos conscientes. A comunicação entre as esferas da consciência e do inconsciente se dá, portanto, através do *símbolo*. O símbolo trata-se, então da ponte epistemológica entre o que é conhecido e o desconhecido (Penna, 2013). A partir daí é possível que ocorram as transformações de conteúdo inconscientes de forma que se torne manifesto.

O símbolo seria a expressão mais apropriada de conteúdos que não são possíveis de serem completamente conscientizados (Ulson, 1988). Desta forma, ele pode ser compreendido como uma ponte entre o inconsciente e a consciência. Tal como uma ponte, o símbolo apresenta

um lado que toca a consciência e outro, o inconsciente; por conta disso não pode ser integralmente compreendido pela consciência. Segundo Jung (2012), o símbolo manifesta uma totalidade psíquica que é, ao mesmo tempo, pessoal, cultural e arquetípica. Tal aspecto outorga ao símbolo uma abundância de significados que inviabilizam uma demarcação rígida.

Dada sua impossibilidade de compreensão integral pela razão, os símbolos não aludem a fenômenos inteiramente concretos, mas a imagens que podem ser entendidas em termos de “como se”, que indicam ou suscitam algo que não pode ser acessado diretamente pelo conhecimento, a não ser por intermediários (Whitmont, 2014). Semelhante à função histórica de reconhecer e unir, os símbolos buscam lançar uma ponte entre os opostos, consciência e inconsciente, e assim equilibrar as diferenças (Jung, 2012), tendo, portanto, uma função sintetizadora (Ulson, 1988). Enquanto função mediadora entre o antagonismo consciente e inconsciente, entre o desconhecido e o manifesto, o símbolo não é racional nem irracional, nem abstrato nem concreto, mas sempre as duas coisas (Jung, 2012).

O símbolo presume que a manifestação realizada é a melhor expressão possível do fenômeno (relativamente desconhecido), não podendo assim se utilizar de formas rígidas de interpretação, pois por si só ele já confere certo significado. Enquanto permanecer vivo, ou seja, repleto de significado, o símbolo será a melhor expressão de algo. (Jung, 2013e). A manifestação de um produto psíquico que se refere a um fenômeno não conhecido, ou parcialmente conhecido, poderá ser compreendido enquanto um símbolo “[...] se aceitarmos que a expressão pretende designar o que é apenas pressentido e não está ainda claramente consciente. (Jung, 2013e, p. 445). De outra forma, o símbolo vivo implica uma possibilidade de abarcar o que é comum à sociedade (Jung, 2013e).

Outra característica importante a ser assinalada é que o símbolo também está sujeito à consciência de quem o experiencia. Desta forma, determinado fenômeno pode ser compreendido e vivido como simbólico para um determinado indivíduo, não o sendo para outro.

Isso implica dizer que não basta que o fenômeno (do mundo interno ou externo) seja observado apenas pela atitude consciente, mas que se imponha a esse também um efeito simbólico (Jung, 2013e). Compete à atitude simbólica de quem vivencia ou observa outorgar ao fenômeno o caráter de símbolo.

O processo de análise e discriminação dos fenômenos é usualmente realizado pela consciência, que busca classificá-los em categorias de “certo ou errado. [...] nisso ela exclui sempre um dos polos, que é reprimido para o inconsciente. [...] uma possibilidade é a simbólica, na qual as polaridades não são excluídas, permanecendo integradas numa síntese totalizadora. (Ulson, 1988, p. 57). Assim, enquanto a consciência categoriza os fatos para integrá-los, o inconsciente os sintetiza.

Pela atividade do inconsciente emerge novo conteúdo, constelado igualmente pela tese e antítese, e que se comporta compensatoriamente para com ambos. Uma vez que este conteúdo apresenta uma relação tanto com a tese quanto com a antíteses, forma uma base intermediária onde os opostos podem unificar-se (Jung, 2013e, p. 447).

Num processo analítico, o símbolo será relacionado com conexões individuais e coletivas e, a partir de então, poderá ser compreendido, dentro do possível (Jacobi, 1990). No âmbito coletivo, os símbolos são manifestos através da cultura, ligando-a ao inconsciente coletivo. Os símbolos coletivos permitem compreender a dinâmica de grupos sociais, enquanto os símbolos pessoais remetem às dinâmicas individuais, ainda que o símbolo seja marcado por um aspecto cultural.

A dimensão simbólica seria a própria realidade psíquica (Clarke, 1993), visto que tudo com que “entramos em contato transforma-se imediatamente em conteúdo psíquico, de modo que somos isolados por um mundo de imagens psíquicas” (Jung, 2001, p. 255). Se por um aspecto os limites para aquisição do conhecimento se estabelecem na psique, por outro, eles não comportam somente o caráter individual. Diante disso, tem-se que a dimensão coletiva

(arquetípica e cultural) e simbólica estabelece um mundo de forma compartilhada aos seres humanos (Clarke, 1993). A realidade psíquica "não é dada exclusivamente pelo produto do comportamento real objetivo das coisas, nem pela fórmula ideal, mas pela combinação de ambos no processo psicológico vivo" (Jung, 2013e, p. 73) que promove uma transformação da atitude da consciência frente a essa realidade, que se amplia e atualiza incorporando os novos conteúdos gerados no processo da produção simbólica do conhecimento.

É importante salientar que embora o símbolo seja a condição *sine qua non* para que um processo de transformação aconteça, ele não é suficiente. É preciso uma disposição da consciência, pois nem sempre ela é capaz de dar conta da transformação (Penna, 2013). Um conhecimento novo, especialmente de si mesmo, só pode ser produzido com a participação ativa do ego, mas não é uma necessidade dada exclusivamente pela consciência.

É importante considerar, em relação aos fatos psíquicos, que o conhecimento acontece em um determinado contexto. Diante disso, sabe-se que a construção do conhecimento em pesquisa também depende do contexto, isto é, da relação estabelecida pelo sujeito-pesquisador consigo mesmo e com o ambiente imediato da pesquisa.

Entende-se que a forma de conhecer na perspectiva junguiana se estabelece, sobretudo, a partir da compreensão das manifestações simbólicas. Assim, segundo Penna (2013), o objeto de pesquisa no método junguiano é o símbolo, visto que a partir dele é possível a compreensão e apreensão da realidade psíquica. O intelecto é necessário ao passo que se "adapta e se resigna a lidar, não apenas com coisas e fatos diretamente observáveis, mas também, como modelos de realidade sujeitos a alterações de acordo com as exigências e contingências da realidade psíquica sempre mutante" (Whitmont, 2014, p. 31). Mas é preciso ter em mente que os símbolos exprimem um conhecimento não somente através do intelecto, mas também dos afetos, das sensações e da intuição, permitindo assim um conhecimento mais amplo.

Diante disso, a Psicologia Analítica se propõe, no processo e investigação dos fenômenos, a considerar tanto o contexto subjetivo como o contexto objetivo. Além disso, é preciso ter em mente que, apesar do grande interesse pela função transformadora do símbolo na esfera individual, tal processo de transformação torna-se possível também na esfera coletiva da humanidade ou de grupos específicos.

5.2.2 O Método hermenêutico dialético

5.2.2.1 O Caráter hermenêutico, a amplificação e circum-ambulação

A *hermenêutica* é um saber que implica na interpretação, seja de textos, obras artísticas, seres humanos (subjetividades), que apenas poderiam ser compreendidos a partir de uma ótica que considera o contexto conceitual e uma relatividade histórica (Clarke, 1993). Dessa forma, é uma “ciência” que “contextualiza o autor, em termos de suas implicações, dentro da ciência em geral, articulando-o com as subjetividades que se ocupam com as questões similares” (Mello, 2007, p. 24).

A terminologia hermenêutica foi constantemente empregada por Jung, analogamente ao trabalho do linguista que se propunha a traduzir determinado fenômeno que não era conhecido partindo de um contexto conhecido, objetivando assim o entendimento desse por comparações e analogias (Penna, 2014). Segundo Jung (2015), a hermenêutica consistia em acrescentar analogias novas às informações apresentadas pelo símbolo inicialmente “[...] analogias subjetivas produzidas ao acaso pelo paciente, em segundo lugar, as analogias objetivas oferecidas pelo analista à base de seu conhecimento geral. Através deste processo, o símbolo inicial é ampliado e enriquecido” (p. 164). Dessa forma, ela implica na tradução dos conteúdos manifestos através dos símbolos em uma linguagem mais clara ou até realizando uma construção de uma nova linguagem. (Jung, 2013). A integração do conhecimento novo só seria possível após essa tradução.

Pode-se dizer então que o método junguiano é hermenêutico por excelência, visto que se propõe a interpretar os conteúdos indecifráveis do inconsciente, manifestos através dos símbolos em uma linguagem acessível à consciência, se utilizando para tal de analogias e comparações (Penna, 2015); e a integrá-los à dinâmica consciente, transformando assim a forma de perceber (apreender) e lidar com a realidade. O caráter hermenêutico junguiano decorre da perspectiva epistemológica de que o inconsciente não é acessível diretamente, mas somente através dos símbolos.

O movimento hermenêutico implica em um movimento circular, ou seja, que as experiências de entendimento da psique não podem ser alicerçadas em premissas fixas (Jung, 2015). O método hermenêutico não percorre um caminho rígido, não é linear e não se submete a ideais universalmente aceitos. O círculo hermenêutico, conforme indica Damiano Junior (2005) e Clarke (1993), se realiza na experiência simbólica, a partir de onde o símbolo, ao permitir a vivência, convoca a apreensão do fenômeno de forma mais genuína, sendo atravessada por diversas formas de conhecer. Assim, a vivência e o conhecimento são compreendidos como correlacionados, manifestando-se de maneiras diversificadas.

É preciso sobretudo nos atentar para o cuidado de não lidar com o símbolo de forma a reduzi-lo a explicações culturais ou históricas; mas, ao contrário, quando se tem por partida o método hermenêutico, considera-se tanto a dimensão objetiva como a subjetiva que envolve o fenômeno, sendo explicação e interpretação um modo de entendimento.

[...] o sujeito é entrecruzado por várias linguagens: a individual (sua história) e a coletiva, o que o coloca e o envolve em múltiplas interfaces interconectadas, a partir dos inúmeros pertencimentos do mesmo aos seus grupos e subgrupos. [...] Cada sujeito (microcosmo) é ao mesmo tempo singularidade e parte da unidade. Somos constituídos por uma multiplicidade geral de combinação infinita, inesgotável, insubstituível como expressão subjetiva e objetiva de uma face do todo, não redutível à unidade. (Mello, 2007, p. 139).

Ao aspecto hermenêutico do método junguiano, através de analogias e comparações, e conseqüentemente ampliação da consciência, Jung chamou de *amplificação* simbólica (Jung, 2013b; Penna, 2014). A amplificação enquanto um procedimento foi desenvolvido por Jung originalmente para viabilizar a interpretação de sonhos e imagens geradas pelo paciente (Clarke, 1993). Tal construção tem suas raízes na ideia da existência de um significado para os símbolos e em suas possíveis conexões com os fenômenos psicológicos (Penna, 2013). Para a utilização desse método era necessário que o paciente focasse no fenômeno em questão, seja ele imagem, sentimento ou pensamento, e buscasse conexões interiores, realizando assim novas construções entre símbolos inter-relacionados. Compreendia uma cuidadosa iluminação das associações conectadas e agrupadas ao redor de imagens particulares (Jung, 2012), um processo que abarcava ao mesmo tempo descoberta e criação (Clarke, 1993).

A amplificação é um método que envolve uma associação coerente e orientada que conduz ao esclarecimento de ‘todos os lados possíveis’ do símbolo/fenômeno (Damião Junior, 2005). Para isso, baseia-se na construção de conexões e comparações advindas de saberes paralelos (concomitante, coexistências) decorrentes do método comparativo (Penna, 2015). Trata-se, pois, de um procedimento metodológico que envolve o entendimento em amplitude e profundidade dos conteúdos inconscientes, sendo assim um recurso que facilitaria a compreensão do conteúdo simbólico e um guia para a sua interpretação (Penna, 2013).

O processo de amplificação simbólica, proposto por Jung, consiste em ampliar e enriquecer os elementos do símbolo, através de associações e analogias que fluem numa cadeia contínua de similaridades, visando traduzir e interpretar o material simbólico desconhecido. O ato de ampliar e enriquecer o símbolo por meio de analogias diversas favorece a compreensão de seu significado arquetípico, pela diversidade de possibilidades oferecidas ao ego para captar seu aspecto oculto e encontrar o significado que mais sentido faça para a consciência atual (Penna, 2013, p. 214).

Dessa forma, a amplificação estabelece-se como um método para abordar os símbolos/fenômenos apreendidos na coleta de dados por meio de instrumentos distintos, podendo ser utilizado para tal: narrativa, desenho, entre outras. A partir do material resultante dos instrumentos é possível fazer uma interpretação amplificatória dos símbolos (Penna, 2013). As amplificações são construídas de forma contínua nesse processo, desde a narrativa até a análise dos resultados. Segundo Von Franz (1997), quando a totalidade dos dados tiver sido enriquecida pela amplificação, segue-se a interpretação, isto é, a tradução em linguagem psicológica. Isso implica em dizer que essa linguagem possui uma associação com a experiência psíquica no presente. Uma interpretação nunca será precisa, mas possui “um efeito ‘esclarecedor’ ou ‘iluminador’ e vivificador. Com efeito, a interpretação não tem um alvo que ultrapasse a religação da consciência com a fonte de energia que é o arquétipo” (p. 108).

Assim, a amplificação não implica somente uma construção intelectual e conexões conceituais, mas compreende também uma possibilidade de entendimento e vivência do fenômeno em sua totalidade, a possibilidade de realização de novas interpretações e, sobretudo, de chegar a novas construções simbólicas. Esse processo não é exclusivo às mensagens simbólicas verbais, mas também se entende que “a transdução de um canal (corporal) de expressão do símbolo para outro canal (pictórico) diversifica e amplia as possibilidades de compreensão do símbolo” (Penna, 2014, p. 181).

Segundo Damiano Junior (2005), o processo de amplificação compreende dois níveis: (i) um que se refere a associações entre a consciência e os símbolos que se manifestam na psique no sujeito; (ii) um que dispõe de associações simbólicas de caráter coletivo, com o propósito que iluminar e originar um sentido que esteja enraizado, a algo que seja paralelo. “[...] A ‘amplificação’ visa enraizar o homem no coletivo, assim como se reconhecesse que esse enraizamento só se torna possível por existir como precondição de constituição do si próprio,

por permitir que se manifeste um sentido próprio e singular, unindo parte e todo, solidário a uma totalidade da experiência humana” (Damião Junior, 2005, p. 49).

Como procedimento clínico, a amplificação favorece a elaboração dos símbolos, estando dessa forma em confluência ao processo de individuação. Isto se dá pois durante o processo de amplificação do núcleo arquetípico do símbolo, este pode ser humanizado e conseqüentemente, ir integrando “[...] aspectos pessoais atuais do consciente, trazendo à luz um sentido renovador e transformador para a psique que vive o símbolo” (Penna, 2013, p. 217), seja por meio de uma vivência individual, seja por uma relação a um evento coletivo.

Dessa forma, a vivência integral do símbolo a partir da amplificação se faz imprescindível, pois uma interpretação de caráter unicamente intelectual nunca será suficiente, visto que o valor afetivo do conteúdo arquetípico é tão indispensável quanto seu entendimento (Von Franz, 1997). Nesse sentido, a amplificação cumpre seu papel de promotora de elaboração simbólica.

Segundo Jung (2012b), a amplificação seria indicada quando a vivência (ou fenômeno que não for facilmente compreensível) pode ser ampliada e posta em um contexto psicológico cuja compreensão possa ser acessível. No que tange tanto à prática clínica como à pesquisa científica, a utilização do método amplificatório pode ser facilitador da compreensão dos fatos psíquicos e pode ser considerado um processo metodológico em consonância com o método hermenêutico, que Penna (2014) intitula análise compreensiva. No caso de pesquisa científica, as amplificações são conduzidas, em sua maioria, pelo pesquisador.

A amplificação também pode ser trabalhada no entendimento de símbolos coletivos, onde o contexto social-cultural corresponde ao contexto simbólico individual. Os símbolos culturais fornecem uma compreensão ampliada do cenário coletivo e de sua correlação

histórica passada (Penna, 2013). Com esse processo, a psicologia analítica sugere um percurso de conexões entre o sujeito individual e a dimensão coletiva, seja ela arquetípica ou cultural.

O processo de amplificação simbólica consiste, portanto, em uma maneira de pensar que decorre de comparações e analogias de uma matriz temática. Para tanto, faz-se necessário que a consciência rodeie o símbolo, consistindo num movimento chamado por Jung de *circum-ambulatorio*, a procura de um sentido indispensável ao símbolo.

A circuambulação, é um método simbólico que consiste em circum-ambular ao redor de um símbolo, em vez de propor uma série de associações livres. Ao circular ao redor do símbolo central, objetivando compreender todas as características possíveis para o sujeito, o método possibilita que a imagem em si dê origem a um processo de construção de sentido ao encontro entre os conteúdos inconscientes e a consciência (Damião Junior, 2005).

Segundo Penna (2014), o processo de pesquisa, dado seu caráter dinâmico, se desenvolve de forma circum-ambulatoria ao redor de um eixo, que seria o fenômeno/símbolo pesquisado. Dessa maneira, seria um procedimento circum-ambulatorio desde a definição do tema de pesquisa até a compreensão final dos símbolos pesquisados. Esse processo de amplificação e circuambulação favorece a compreensão simbólica através das conexões dos fenômenos com várias outras imagens.

Durante o processo de pesquisa, a principal função do pesquisador é manejar a apreensão dos símbolos que serão analisados desde a coleta até a elaboração final da análise simbólica. Para tanto, na pesquisa de referencial junguiano, se faz imprescindível que a relação pesquisador-pesquisado se constitua de forma dialética.

5.2.2.2 A Dialética e a relação pesquisador-pesquisado

O caráter essencialmente dialético da psicologia analítica reforça a percepção de que todo ponto de vista pode ser parcial. Disso resulta que qualquer teoria ou interpretação de

determinados fenômenos “precisa inevitavelmente fragmentar-se e dar origem a um modo de interpretar alternativo, e que nenhuma teoria ou ponto de vista isolados podem, por si mesmos, apreender adequadamente qualquer fenômeno” (Clarke, 1993, p. 36). Outra conotação possível a partir da dialética refere-se a um diálogo entre dois sistemas psíquicos, que implica numa mediação de um sistema, ou pessoa, a partir das “respostas” da outra. Jung se utilizava desta última definição quando aludia que seu método clínico era dialético (2013b).

É preciso considerar que os sujeitos (sistemas psíquicos) são atravessados por diversos discursos, tanto individual, ou seja, a própria história, como coletivo. Isso o encerra “em múltiplas interfaces interconectadas, a partir dos inúmeros pertencimentos do mesmo aos seus grupos e subgrupos” (Mello, 2007, p. 139). Dessa forma, sujeitos diferentes poderão produzir interpretações distintas para um mesmo fenômeno, ou conteúdo simbólico, sendo o método dialético uma possibilidade de acolher essa distinção e trabalhar a partir dela.

Nesse sentido, a prática junguiana, seja pelo processo psicoterapêutico, seja pela pesquisa científica, requer do terapeuta/pesquisador que ele não seja apenas um “sujeito ativo”, mas que vivencie junto com o outro o processo de construção. Dessa forma, há que se considerar também a personalidade do pesquisador/terapeuta, visto que essa relação é dialética. Assim, é imprescindível salientar que no método dialético o sistema paciente/pesquisado dispõe da mesma relevância e ‘poder’ que o terapeuta/pesquisador de maneira que “[...] todos os desenvolvimentos individuais do paciente sejam considerados legítimos, conquanto não se corrijam por si mesmos (Jung, 2013b, p. 7-8); paralelamente, que toda construção dos praticantes de pesquisa seja respeitada como legítima e que os mesmos tenham ‘poder’ na construção ou modificação dos resultados.

[...] se eu estiver disposto a fazer o tratamento psíquico de um indivíduo, tenho que renunciar a minha superioridade no saber, a toda e qualquer autoridade e vontade de influenciar. Tenho que optar necessariamente por um método dialético de averiguações

mútuas. Mas isso só se torna possível se eu deixar ao outro a oportunidade de apresentar seu material o mais completamente possível, sem limitá-lo pelos meus pressupostos. Ao colocar-nos dessa forma, o sistema dele se relaciona com o meu, pelo que se produz um efeito dentro do meu próprio sistema. Esse efeito é a única coisa que posso oferecer ao meu paciente individual e legitimamente (Jung, 2013b, p. 3).

Análogo à clínica, o processo de pesquisa implica numa relação dialética entre pesquisador e objeto ou fenômeno pesquisado, que vai se configurando a partir de um processo onde ambos se envolvem de maneira ativa na construção do conhecimento. Por outro lado, é preciso salientar que essa dialética deve ser manejada de forma a não se perder em posturas unilaterais, a fim de se resguardar tanto do objetivismo como do subjetivismo (Penna, 2014). Ainda que a construção do conhecimento no processo de pesquisa seja dirigida pelo pesquisador “a este não é dado, em princípio, o controle egóico da situação uma vez que o inconsciente – pessoal e coletivo – participa e interfere constantemente no processo de captação e processamento do símbolo” (p. 94).

Outro ponto essencial refere-se ao fato de que o processo de pesquisa requer do pesquisador uma atitude dialética, no que tange aos polos consciente e inconsciente, tanto no que se refere ao próprio pesquisador, tanto como ao sujeito pesquisado. Tal postura é alicerçada na “atitude simbólica” do pesquisador diante do processo de pesquisa (Penna, 2007). Isso implica na utilização da amplitude de recursos psíquicos disponíveis na construção do conhecimento. Essa perspectiva advém do pressuposto epistemológico junguiano que compreende a relação entre o agente, o conhecedor e o conhecido.

Assim, o processo de pesquisa pode promover também no sujeito e no fenômeno pesquisado uma transformação durante o próprio processo, ainda que ordinariamente a pesquisa não se trate de uma pesquisa intervenção, ela irá interferir e produzir transformações nos participantes do processo. Diante disso, Penna (2014) propõe algumas diretrizes orientadoras ao pesquisador junguiano: (i) considerar a singularidade do objeto de investigação, tanto ao que

concerne aos aspectos conscientes como inconscientes; (ii) considerar a “equação pessoal” do pesquisador, também em seus aspectos conscientes e inconsciente; (iii) considerar a dinâmica entre ambos, que é atravessada por aspectos pessoal, social/cultural, consciente e inconsciente. O pesquisador é, portanto, um elemento do processo de pesquisa.

Uma questão bastante significativa, que será melhor trabalhada posteriormente, se estabelece a partir da ideia de Jung (2012; 2013b) de que em toda e qualquer relação humana estabelece-se um vínculo transferencial. Embora a pesquisa se diferencie do processo psicoterapêutico, tanto no que tange a seus objetivos como procedimentos realizados, D’Allones (2004) pontua o estabelecimento de um campo transferencial em ambos os processos. O envolvimento entre ambos os sistemas psíquicos é bastante complexo, mas, no processo de pesquisa, “o envolvimento e o compromisso do pesquisador estão focalizados em seu trabalho (a pesquisa em curso), e é nesse vínculo que se estabelece o campo transferencial” (Penna, 2014, p, 133). Ou seja, os resultados desse vínculo transferencial no processo de pesquisa podem ser analisados em prol da pesquisa. No processo psicoterapêutico, o trabalho com a transferência irá objetivar somente o processo do paciente.

Por fim, entende-se que uma proposta de pesquisa pautada num método hemenêutico-dialético é consoante ao processo de individuação descrito por Jung. Este é compreendido não somente como uma ampliação da consciência, isto é, de uma produção de conhecimento do indivíduo sobre ele mesmo, mas, sobretudo, como uma relação mais saudável dele com a realidade (interna e externa) em que ele está circunscrito. Isso se estabelece ao longo de todo o processo de desenvolvimento do sujeito em diferentes níveis, sendo essa a base da compreensão da constituição do indivíduo na abordagem junguiana.

5.2.3 O Desenvolvimento da Personalidade e as Relações de Cuidado a partir da Clínica Junguiana

Para a Psicologia Analítica, as relações humanas, em especial as relações de cuidado, é fundamental desde os primeiros momentos de vida, e essas relações vão ser importantes na estruturação do Ego e para o desenvolvimento do sujeito no sentido do processo de individuação, compreendido como um processo de busca pela integração e desenvolvimento pleno do indivíduo (Neumann, 1995). Contudo, a forma como esse desenvolvimento vai ocorrer depende do ambiente social e cultural no qual o indivíduo se encontra.

Nesse sentido, o desenvolvimento da personalidade é orientado conforme dinamismos arquetípicos. Esses podem ser compreendidos como atualizações na dinâmica pessoal ou coletiva do potencial humano de adaptação, isto é, os arquétipos. Os dinamismos expressam sempre um aspecto coletivo, ou seja, impessoal, podendo ser reconhecido independentemente da história pessoal. Assim, para o entendimento do desenvolvimento da personalidade, temos inicialmente os dinamismos matriarcal e patriarcal, relacionando-se mais diretamente com a estruturação do ego, seguido pelo processo de individuação.

A relação do bebê com a mãe (ou com alguém que exerça essa função) é de extrema importância para pensar a existência da criança. Sendo a primeira relação que se estabelece (relação primal), a mãe estabelece com o bebê uma relação de cuidado que compreende a nutrição, segurança, amor, calor e proteção (Neumann, 1995). Se for desempenhado adequadamente o seu papel, a figura materna irá prover um ambiente continente (Silveira Filho, 2002).

A relação primal sadia vai permitir o desenvolvimento de um ego integral positivo e relaciona-se com o princípio de preservação de sobrevivência. Um ego integral positivo é “um ego que consegue apreender a assimilar os atributos dos mundos interno (inconsciente) e

externo (ambiente), mesmo se eles forem desagradáveis, tais como dor, e privação” (Neumann, 1995). Assim, o desenvolvimento da psique da criança depende da alimentação psíquica fornecida pela figura materna:

Enquanto mãe e filho ainda formam uma identidade indiferenciada, a relação primal funciona para a criança como possibilidade de relacionamento com seu próprio corpo, com seu self, com o “tu” e com o mundo, tudo ao mesmo tempo. A relação primal é a base ontogenética da experiência de estar-no-próprio corpo, de estar-com-Self, de estar-unido, de estar-no-mundo (Neumann, 1995, p. 25).

A experiência da totalidade do dinamismo matriarcal começa a ser cindida e vivenciada tanto em seus aspectos positivos e negativos. “[...] Essa distinção ou ruptura da unidade ‘mãe-criança’ é marcada pela dinâmica patriarcal, que se caracteriza justamente pelas divisões, pelo estabelecimento de limites” (Silveira Filho, 2002, p. 68). Assim, o cuidado regido pelo dinamismo patriarcal se estabelece pelas relações vinculadas a estratégias de adaptação, de delimitação, de hierarquia, organização e de orientação. Relaciona-se, desta forma, a um processo adaptativo de sociabilização.

Quando os pais proveem à criança uma base de atuações seguras, isso acarretará na capacidade da criança para estabelecer laços afetivos seguros.

Tanto no dinamismo matriarcal quando no patriarcal, o Ego pode operar ativa ou passivamente no que se refere à relação eu-outro. Enquanto em um primeiro momento sofremos passivamente a experiência de sermos cuidados, protegidos e orientados, em um segundo momento desempenhamos ativamente o papel de cuidar, proteger e orientar (Silveira Filho, 2002, p. 52).

O cuidar na dimensão terapêutica, implicaria uma reatualização do processo de construção do ego e desenvolvimento psicológico do sujeito. Entretanto, é preciso compreender que cada dinamismo refere-se a um processo que deve ser percorrido a fim de integrar cada

possibilidade de aprendizagem do cuidado. Se houver uma rigidez em cada dinamismo, pode ser disparado o aspecto negativo do cuidado, como veremos posteriormente.

A reatualização do dinamismo matriarcal seria pensar um cuidado pautado na atenção, na receptividade, no suporte emocional e até mesmo físico (em alguns casos), embora nunca fusional. O agente de cuidado deve manter-se também “[...] numa postura de relativo distanciamento, colocando-se em atitude de espera” (Silveira Filho, 2002, p. 58.). Se, por outro lado, for estabelecida uma relação estagnada nesse processo, dispararia o caráter negativo do cuidado orientado pelo dinamismo matriarcal (Neumann, 1995), como por exemplo, estimular a dependência de uma criança ou adolescente a esse agente de cuidado de modo a configurar-se uma relação de tutela.

Orientado pelo dinamismo patriarcal, o cuidado, ao passo em que a progressiva estruturação do ego for acontecendo, vai assumindo uma postura de organização e orientação pragmática da vida, considerando a importância de um processo adaptativo ao contexto social. A função do agente de cuidado, no contexto transferencial “[...] tem como uma de suas finalidades a de estruturar o dinamismo patriarcal, cuja lei vai ser muitas vezes burlada, barganhada e transgredida” (Silveira Filho, 2002, p. 67). Assim, como no dinamismo matriarcal, se for estabelecida uma relação não integrada a outros dinamismos, desenvolve-se um cuidado pautado no enquadramento às regras, inflexibilidade do sistema e negação da individualidade do sujeito em prol do sistema. Nessa direção, é imprescindível que o serviço compreenda a necessidade do sujeito para que possa adequar o cuidado a fim de desenvolver suas potencialidades.

Outra questão pertinente no contexto do acompanhamento no CAPSij é a relação que se estabelece com o “outro” que se apresenta na mesma condição de cuidado. O grupo funcionaria como um elemento de identificação permitindo vivenciar de maneira construtiva as relações de

cuidado nesse momento em que o ego ainda se encontra muito fragilizado (Silveira Filho, 2002). A alteridade torna-se um elemento importante nesse processo, pois é a partir do olhar e reconhecimento desse outro que o indivíduo pode se reconhecer enquanto sujeito. Além disso, ao pensar as relações entre os usuários de SPA atendidos no serviço, podemos analisar se também acontecem as relações de cuidado intragrupo, visto que a experiência de aprendizagem do cuidado de si mesmo pode se constelar a partir da experiência do cuidado com o outro.

Se por um lado a alteridade é um aspecto fundamental para o desenvolvimento humano, em especial na fase da adolescência, por outro, se houver uma cristalização nesse tipo de dinâmica relacional, o ser humano não se desenvolve enquanto indivíduo, visto que ele ficaria sempre dependente da relação com o outro, não desenvolvendo a autonomia, ou seja, a internalização do cuidado, tanto a nível matriarcal consigo mesmo, tanto a nível patriarcal, não acontece, obstaculizando a continuidade do processo.

Entende-se que a adolescência, na visão junguiana, compreende um momento existencial peculiar. Diante disso, o adolescente é requisitado à transformação, não somente biológica, mas social e psíquica. No âmbito social, são solicitados comportamentos adaptativos que ainda não faziam parte de seu repertório infantil; no âmbito psicológico, constela-se o dinamismo da alteridade, contrapondo-se aos dinamismos parentais que regiam o desenvolvimento psíquico até então. Para tanto, a transgressão (da lei patriarcal) torna-se um ponto marcante nessa fase do desenvolvimento, possibilitando um “abrir-se ao outro”, sendo impulsionado “para a aquisição de uma outra identidade que não a mera repetição do modo familiar” (Silveira Filho, 2002, p. 56).

Por fim, ao analisar o cuidado a partir do processo de individuação, pode-se pensar no estímulo à compreensão das próprias dificuldades e potencialidades do indivíduo e o entendimento de que a partir dessa compreensão é possível aprender a lidar com as próprias

feridas. Pode-se compreender isso em relação ao processo de construção de autonomia, elemento fundamental na construção de cuidado em saúde mental observado nas políticas de humanização. Assim, ao aprender a cuidar de si, sendo estimulado a desenvolver estratégias de promoção da própria saúde, compreendendo o que pode ser importante no seu processo de cuidado, e sendo escutado quanto às ferramentas que constrói não só no processo de cuidado, mas nas relações estabelecidas para fora do espaço do CAPSij, a criança e o adolescente podem assumir um lugar de co-gestão do seu cuidado.

O cuidado propiciaria ao indivíduo a possibilidade de recriar suas relações com o meio e consigo mesmo. É importante ressaltar que palavra “terapia” vem do grego *Therapeia* - assistir, cuidar (dicionário etimológico), da mesma forma que a palavra cuidado vem de *cogitare-cogitatus* – cuidar, que tem o mesmo significado de cura, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, preocupação. Assim, ao falar de clínica, nesta tese, inevitavelmente também estamos falando de cuidado e das relações que se estabelecem entre quem é cuidado e o agente de cuidado, que entenderemos nesta tese a partir da ideia de vínculo transferencial.

5.2.4 O Vínculo Transferencial

Para uma melhor compreensão do conceito de transferência é preciso debruçar-se antes sobre a ideia de projeção, visto que para Jung a transferência é uma forma de projeção, e também pelo fato da projeção ser um fundamento bastante significativo quando se pensam as relações terapêuticas nessa perspectiva teórica. A projeção pode ser entendida como um elemento natural e peculiar da psique (Jung, 2012), ou seja, é natural ao ser humano relacionar-se por intermédio da projeção.

A projeção é um processo inconsciente, uma atividade involuntária da psique de quem projeta, que pode ser indivíduo, grupo, como se tal conteúdo pertencesse a esse receptor

somente (Jung, 2013c). Como isso se estabelece não pela consciência, a psique consciente é incapaz de construí-la, evitá-la ou mesmo reconhecê-la inicialmente.

As projeções são importantes pois os fenômenos ou conteúdos inconscientes não podem ser percebidos pela consciência diretamente, mas podem ser acessados por intermédio das projeções, além dos sonhos, sintomas, entre outros (Jung, 2012). Dessa forma, se torna possível a integração desses conteúdos à consciência, necessária ao processo de ampliação da mesma e, conseqüentemente, ao processo de individuação. Nessa direção, não sendo produzidas conscientemente e não podendo ser evitadas pela consciência, ou seja, sendo naturais, as projeções tornam-se parte da maneira como o ser humano se relaciona. Nesse sentido, Jung retira da projeção o caráter doentio ou a função de mecanismo de defesa do ego e passa a tratá-la como uma forma natural de relacionamento e ampliação da consciência. Segundo Jung (2012), a relação com o objeto é imprescindível ao processo de individuação, seja porque o ser humano necessita de interação social, seja porque o objeto é necessário para a projeção. Isso porque o conhecimento acerca de si mesmo se dá também através das projeções, pois elas são importantes veículos para que conteúdos inconscientes possam se manifestar.

A projeção trata-se portanto, de um processo inconsciente e autônomo que se encerra quando há a conscientização do conteúdo projetado, e este então passa a ser percebido como pertencente ao sujeito que projetou (Gambinni, 1998; Von Franz, 1997). Há portanto, o recolhimento e a integração da projeção à consciência.

Outra característica da projeção é que o conteúdo projetado não é escolhido acidentalmente, mas o sujeito ou objeto que recebe a projeção possui características da propriedade projetada. Ou seja, um conteúdo inconsciente só é projetado por encontrar uma correspondência no terapeuta, seja ela por uma familiaridade física ou da atitude do terapeuta que se disponibiliza a isso.

Esclarecendo-se essa questão, tem-se que a transferência e a contratransferência são uma forma de projeção (Jung, 2013b), sendo fenômenos naturais em qualquer tipo de relacionamento. Apesar de o termo ser frequentemente articulado à relação paciente/analista, ela pode ocorrer, ainda que não seja tão frequente, fora do contexto de análise, tais como em relação a um professor, um profissional de saúde ou mesmo um serviço de saúde; estabelecendo-se, assim, um vínculo transferencial.

Por vínculo transferencial podemos entender um caminho de relação que aproxima o analista/cuidador e o paciente/usuário, de forma bilateral, ou seja, tanto do paciente para o analista (transferência), como do analista para o paciente (contratransferência) (Penna, 2014). Isso se torna possível pela energia mobilizada na relação e especialmente em virtude da “ativação de conteúdos psíquicos importantes” (p. 156).

Um dos elementos objetivos da transferência trata-se do esforço inconsciente do paciente em realizar um relacionamento. Todavia, ela inicialmente pode se estabelecer repetindo uma situação familiar. Contudo, o terapeuta, ou quem exerce a função terapêutica, não pertencendo a esse contexto familiar, pode favorecer um caminho para afastar-se dessa dinâmica. Nessa direção, ao passo que a “medida que as projeções infantis são retiradas, a necessidade de relacionamentos saudáveis torna-se mais evidente. O paciente voltar-se-á para o analista como um objeto de puramente relacionamento humano, em que a cada indivíduo é garantido lugar” (Jacoby, 2008, p. 15).

Desta forma, Jung (2012) afirma que o Ego precisa de outro indivíduo sobre o qual os conteúdos inconscientes possam ser projetados, de maneira que a junção consciente e inconsciente possa ocorrer. “O ser humano não relacionado carece de totalidade, pois ele só pode obter a totalidade através da alma, e a alma não pode existir sem o seu outro lado, que é sempre encontrado no ‘outro’” (2012, p. 130).

A transferência propicia o processo de integração do inconsciente e da consciência, que é um fenômeno também expressado como função transcendente. Por função transcendente, Jung compreendia “[...] a tentativa inconsciente de o paciente atingir uma nova atitude através da união do consciente e do inconsciente” (Jung, 2012). A transferência seria um mediador para a função transcendente à medida que conteúdos inconscientes, compensados por uma atitude unilateral da consciência, são projetados na figura do agente terapêutico, tornando-os possíveis de serem aproximados da consciência (Jung, 2013).

Nessa direção, pode-se dizer que a função transcendente se refere ao processo psíquico de formação de símbolos, ou seja, a capacidade da psique de realizar a síntese criativa entre conteúdos consciente-inconsciente de maneira a construir uma nova atitude da consciência. Dessa maneira, entende-se que apesar de se referirem ao mesmo fenômeno psíquico, símbolo e função transcendente podem ser compreendidos em níveis hermenêuticos diferentes: enquanto o símbolo associa-se a um dinamismo energético fundamental à manutenção do psiquismo, a função transcendente relaciona-se a um processo de desenvolvimento psíquico do sujeito, que requer uma atitude da consciência. Trata-se, pois, de uma função complexa a partir da qual “se cria uma passagem de um lado para o outro” (Jacobi, 1990, p. 90-91) e é possível reparar prováveis unilateralidades¹⁰.

Assim, a função transcendente dá uma resposta à atitude consciente, que compreende na supressão da separação corrente entre a consciência e o inconsciente (Jung, 2013). Entende-se como uma tentativa de reconciliação entre os produtos opostos que se encontram distanciados. A partir desse processo, um terceiro elemento é construído – a função transcendente. Nessa etapa, a direção do processo passa a ser realizada pelo Ego (Jung, 2013).

¹⁰ A questão da unilateralidade diz respeito a um aspecto psíquico que ocorre inevitavelmente. Dessa forma, ela pode ser concebida como uma atitude rígida onde o indivíduo não consegue integrar os opostos, ou a dimensão simbólica da realidade, de modo a não conseguir elaborar ou reparar as falhas do processo de desenvolvimento.

É preciso salientar que não se trata apenas de “lidar” com conteúdos, mas também com aspectos dinâmicos tanto da consciência como do inconsciente, gerando assim um processo de transformação do sujeito, necessário ao processo de individuação.

Por isto, na prática é o médico adequadamente treinado que faz de função transcendente para o paciente, isto é, ajuda o paciente a unir a consciência e o inconsciente e, assim, chegar a uma nova atitude. Nesta função do médico está uma das muitas funções da *transferência*: por meio dela o paciente se agarra à pessoa que parece lhe prometer uma renovação da atitude; com a transferência ele procura esta mudança que lhe é vital, embora não tome consciência disso (Jung, 2013, p. 6).

Enquanto um processo com caráter de totalidade, a consciência é ampliada continuamente à medida que os conteúdos inconscientes são integrados (Jung, 2013). Nesse processo, a posição essencial para quem se propõe enquanto agente terapêutico ultrapassa a ação dirigida à dificuldade momentânea do paciente e se coloca como um facilitador para que o sujeito seja capaz de lidar de maneira mais saudável com as dificuldades futuras. A função transcendente tem como base, portanto, um método construtivo de tratamento (Jung, 2013) que presume que o paciente é potencialmente capaz de ter percepções acerca de suas dificuldades e possibilidades de superá-las, ou seja, que pode desenvolver uma forma de conhecimento de cuidado de si mesmo, ainda que inicialmente necessite de auxílio. Assim, “durante o tratamento, a função transcendente se parece, por assim dizer, com um produto artificial, por ser sustentada substancialmente pelo analista. Mas se o paciente tem de se sustentar sobre seus próprios pés, ele não pode depender permanentemente de ajuda externa” (Jung, 2013, p. 9).

A função transcendente é, portanto, uma possibilidade de construção de algo novo, e esse novo conhecimento, por apresentar ao mesmo tempo um aspecto conhecido e desconhecido, apresenta-se na verdade como símbolo. Sendo esse novo conhecimento necessário ao processo de individuação, pode-se dizer que o sujeito projeta no agente

terapêutico conteúdos imprescindíveis ao desenvolvimento da personalidade e não somente as recordações infantis (Jacoby, 2008); daí o caráter prospectivo da transferência. Assim, é transferido ao analista ou ao agente terapêutico os fenômenos inconscientes que ele precisa integrar.

A relação transferencial dá suporte para a relação do sujeito com as próprias questões inconscientes (Stein, 1999); assim, essa relação é reatualizada e simbolizada no processo terapêutico. É importante salientar que a relação constituída no processo terapêutico se trata de uma relação dialética (Jung, 2013b), ou seja, há uma produção de novos conteúdos a partir da relação dos dois sistemas psíquicos.

O percurso do processo terapêutico tem ampla relação com o manejo da transferência e da contratransferência (Steinberg, 1990). Nesse sentido, as relações de cuidado num serviço de saúde podem ser compreendidas e construídas através do manejo transferencial, a partir dos quais podem ser percebidos os dinamismos arquetípicos e as relações de cuidado.

Assim, nas relações de vínculo transferencial nos processos terapêuticos pode-se repetir as etapas de desenvolvimento que não foram bem sucedidas nos estágios iniciais da vida dos sujeitos, apresentando-se assim como uma possibilidade ímpar para retomar o processo na etapa onde fora cristalizado, sendo possível ao sujeito desprender-se dos vínculos negativos com imagos parentais. Dessa forma, os dinamismos arquetípicos podem ser humanizados a partir da relação com o agente terapêutico à medida que este se permite esse lugar e, conseqüentemente, abre-se a oportunidade para que o sujeito retome seu desenvolvimento.

Para compreender esse processo, faz-se necessário retomar o modelo junguiano de transferência e contratransferência. Utilizaremos a ilustração a seguir (Jacoby, 2008), para melhor compreensão.

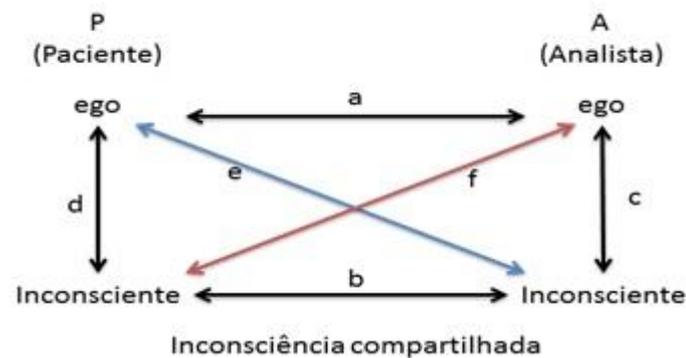


Figura 4: Relação Transferencial

O paciente (P) dirige-se a pessoa que exerce a função terapêutica (analista - A) pois apresenta algumas dificuldades com as quais precisa aprender a lidar ou que pretende “curar”. Ambos, paciente e analista, estabelecem uma relação a nível consciente objetivando cuidar das dificuldades do paciente (linha a). Dessa forma, é realizada uma parceria entre os Egos do paciente e do analista, mas é preciso pontuar que ambos possuem aspectos inconscientes.

Usualmente, o paciente se comporta ou reage ao analista como ele faz com pessoas que fazem parte de suas relações mais próximas. Isso implica em dizer que o paciente apresenta emoções em relação ao analista que na realidade não pertencem a este, e sim às situações vividas pelo paciente com as pessoas próximas, normalmente relacionadas a conteúdos em que ainda não foi capaz de assimilar. Ou seja, o paciente transfere para o analista conteúdos que são seus, ainda desconhecidos, ou seja, inconscientes. Assim, o analista tem a chance de ter acesso ao inconsciente do paciente por meio dessa transferência.

Um dos objetivos do analista seria relacionar-se tanto com Ego do paciente como com o inconsciente deste, auxiliando assim que o inconsciente se manifeste e que o paciente tenha a oportunidade de lidar com o mesmo. O analista não conseguiria explicar os aspectos da vida do paciente de forma eficiente, sem ter contado com a totalidade do contexto de **P**, consciente e inconsciente (Jacoby, 2008, p. 28).

A relação entre os inconscientes do paciente e do analista encontram-se inicialmente desconhecida para ambos. Contudo, é importante que o analista tenha habilidade de perceber a existência dessa área e quaisquer fenômenos que possam surgir dali. Assim, o analista pode perceber, inicialmente inconsciente, conteúdos do paciente que ainda não puderam ser acessados conscientemente. Dessa forma, o que está impedido de ser acessado pelo inconsciente do paciente pode ser projetado no analista. O analista treinado pode ser capaz de perceber dentre as manifestações suscitadas no encontro analítico quais são suas e quais são do paciente.

Jung pontua que o terapeuta, em determinado ponto, compartilha o sofrimento do paciente (Jung, 2013b), embora seu próprio percurso não seja conduzido pelas mesmas questões inconscientes, ou seja, isso não significa que o terapeuta deva se identificar com esses conteúdos, mas ser tocado por eles. Tais situações oferecem ao terapeuta uma oportunidade de lidar com as questões inconscientes do paciente, desde que ele consiga elaborar o que foi ativado em si mesmo e trabalhar isso com o paciente de maneira que ele possa integrar tais conteúdos (Steinberg, 1995). As reações do terapeuta só serão significativas no encontro analítico se forem compreendidas a partir da psique do paciente. Esse tipo de transferência está, portanto, a favor do processo de individuação do paciente. Se, por outro lado, o analista não possui uma relação saudável com seu inconsciente, ele pode também projetar algum conteúdo inconsciente no paciente, tendo assim uma transferência que não está a favor do processo de individuação do paciente.

Retomemos a ideia de que, enquanto um movimento natural da transferência para união dos opostos consciente e inconsciente, podemos compreender que as projeções entre terapeuta e paciente são arquetípicas. Jacoby (2008, p. 91) pontua que a “transferência sempre tem suas raízes arquetípicas, sempre tem ligação com as necessidades instintivas e suas fantasias correlatas”.

Nessa direção, como assinala Stein (1999), o manejo da transferência e da contratransferência compreende-se enquanto uma ferramenta para ampliação da consciência no que tange as possibilidades de vivenciar as manifestações arquetípicas e como uma maneira de distanciar-se da cristalização arquetípica, direcionando-se para relações mais saudáveis. Num primeiro momento, agente terapêutico e paciente são colocados nos papéis arquetípicos (curado-ferido; pai/mãe-filho) para que posteriormente o sujeito desenvolva a capacidade de internalizar tais papéis à medida que vai retirando as projeções e reconhecendo tais características e dinamismo como pertencentes a ele mesmo, e não ao outro.

No trabalho analítico, o inconsciente do analista é penetrado pela dor do paciente e o terapeuta torna-se psiquicamente contaminado pelas projeções a que está exposto. Assim, quem cura é ferido outra vez por absorver a doença do outro. Isso ocorre, especialmente, quando os conflitos inconscientes do paciente estão em áreas semelhantes àsquelas em que o terapeuta tem cicatrizes (Steinberg, 1995, p. 32).

A disponibilidade de ser afetado e o reconhecimento das próprias feridas são necessários ao processo analítico, pois somente aquele que pode ter construído um conhecimento no sentido de buscar curar as próprias feridas pode auxiliar o outro a lidar com suas próprias. É preciso assinalar que o agente terapêutico não tem a capacidade de “curar” psiquicamente o outro, mas de ativar no paciente uma potencialidade para a própria cura que se encontra inconsciente. (Steinberg, 1995). “O analista serve como um modelo de pessoa curada. Isso constela o arquétipo do curador ferido no inconsciente do paciente, e é o que na verdade produz a cura e não o analista” (Steinberg, 1995, p. 32).

Se por outro lado o analista se identificar com o arquétipo de curador, o conhecimento para auxiliar no processo de cura e transformação do sujeito poderá ser usado em demasia e prematuramente (Jacoby, 2008, p. 31), não abrindo uma brecha para que a potencialidade de cura do sujeito se manifeste. Isso pode gerar uma relação de dependência do agente terapêutico;

visto que o paciente ainda não se encontra capaz de lidar com as próprias feridas, esse sempre precisará de outro para mediar a situação.

5.2.5 Relação Eu-Isso e Eu-Você

Mario Jacoby (2008) discute as relações transferenciais a partir da proposta do filósofo Martin Buber, que compreende as atitudes tomadas pelo ser humano em relação ao mundo a partir das combinações “Eu-Isso” e “Eu-Você”. Uma atitude “Eu-Isso” implicaria em um mundo onde a pessoa encararia seus companheiros enquanto objeto. “As pessoas podem ser objetos das minhas reflexões e das minhas críticas, mas também posso transformá-las em objetos das minhas necessidades e dos meus temores, o que significa que as outras pessoas são usadas para as finalidades conscientes e, muitas vezes, inconscientes”. (Jacoby, 2008, p. 68). Dessa forma, esse tipo de atitude nunca pode compreender um relacionamento com o outro em sua totalidade. No aspecto das relações transferenciais no processo terapêutico/cuidado implicaria em entender que a relação “Eu-Isso” expressa uma relação contratransferencial, podendo haver assim uma negação do sujeito em si, onde o terapeuta ou agente de cuidado se relacionará com seus próprios elementos não elaborados. Isso prejudica não só a relação terapêutica, mas o desenvolvimento do sujeito atendido.

Uma atitude “Eu-Você”, por outro lado, implica em uma relação com a alteridade da outra pessoa. Isso “Significaria que Eu em minha totalidade estaria me relacionando com Você na totalidade dele ou dela [...] não fazendo dela um objeto para minhas próprias finalidades” (Jacoby, 2008, p. 69). Para conseguir relacionar-se com o “Você” é necessário que o “Eu” tenha conhecimento de suas fantasias, padrões e necessidades, pois, do contrário, essas podem ser transferidas para outra pessoa, transformando-a em um objeto. Isso requer um processo de diferenciação entre o “Eu” e o “Você”.

Tais atitudes assemelham-se ao que na psicologia analítica entende-se por Eros e Logos. Eros implica em uma relação que envolve afeto com outras pessoas, com o mundo e consigo mesmo. O Logos implica na capacidade de promover uma separação do mundo a fim de transformá-lo num objeto a ser reconhecido, e assim refletir sobre ele. Segundo Jacoby (2008), os relacionamentos humanos necessitam de ambos os princípios, o que relaciona e o que conhece. O conhecer, fala da viabilidade de “discriminar entre o campo comum e a diferença de Eu e Você” (p. 70). Isso se faz necessário pois sem essa separação há uma identificação ou fusão com o mundo, e não uma relação com um “Eu” e um “Você” separado. “A Atitude Eu-Isso está, nesse caso, incluída na Eu-Você. A subjetividade do meu parceiro, do modo como me afeta e como se coloca originariamente separado de mim, também deve ser objeto da minha percepção consciente” (p. 72).

O terapeuta, em certos momentos, transforma os sujeitos acompanhados em objeto para sua compreensão e pesquisa, o que implicaria em uma atitude “Eu-Isso” de forma consciente, ou seja, não como uma contratransferência. Entretanto, se faz necessário ampliar essa relação terapêutica de forma a incluir a atitude “Eu-Você”, a fim de compreender e relacionar-se com o paciente em sua alteridade, ou seja, compreendendo-o como um Outro/sujeito, e não como um objeto.

A relação Eu-Você do analista com seu analisando consiste em estar com ‘um pé do lado de dentro e outro do lado de fora’, como se diz vulgarmente. “Um pé dentre” significa empatia, sentir-se dentro da experiência interior do paciente. “um pé fora” significa a possibilidade de olhar para ele do lado de fora, controlando a própria empatia, relacionando-a com o contexto global da psicologia e da fase de desenvolvimento do paciente. A empatia sozinha, apesar de sua importância, pode ser enganadora, pois as experiências emocionais do analista podem facilmente ser confundidas com as do paciente (Jacoby, 2008, p. 102).

É preciso compreender que o ser humano é motivado por elementos tanto conscientes como inconscientes. A transferência/contratransferência origina-se na necessidade inconsciente de colocar o outro em um papel determinado. É importante compreender tal aspecto no âmbito do serviço em saúde para entender qual ou quais lugares o profissional e o serviço atribuem a crianças e adolescente em uso de SPA no cuidado, seja recebido ou realizado pelos mesmo. E como os adolescentes compreendem e recebem esse lugar de cuidado.

5.2.6 Os Complexos Culturais

Para compreender o conceito de complexos culturais, elemento importante especialmente para o entendimento do lugar da criança e do adolescente em uso de substâncias psicoativas no cuidado em saúde mental, é preciso tecer uma articulação entre a teoria dos complexos (Jung) e a teoria do inconsciente cultural (Henderson).

A Teoria dos complexos é uma construção teórica fundamental na perspectiva junguiana. Segundo Jung, um complexo de tonalidade afetiva “é a imagem de uma determinada situação psíquica de forte carga emocional e, além disso, incompatível com as disposições ou atitude habitual da consciência” (2013, p. 43). Assim, o complexo possui uma “tonalidade emocional própria”. O complexo tem como núcleo o arquétipo, ao redor do qual são atraídas, e se amalgamam num mesmo lugar psíquico, diversas imagens, ações, sentimentos, com qualidade similar a seu núcleo. Dotado de grande coerência interna, possui uma certa autonomia, comportando-se no âmbito da consciência como que tivesse voz própria.

A teoria do Inconsciente cultural, outro nível importante para a compreensão do conceito de complexo cultural, advém de Joseph Henderson (1984), que introduziu a ideia de um nível cultural da psique chamado de “inconsciente cultural”. A teoria de Henderson abre uma porta para a teoria junguiana compreender a psique também num espaço entre o nível

pessoal e o nível arquetípico; possibilitando, assim, o entendimento de que tanto o nível pessoal como o coletivo são culturalmente influenciados.

Nessa direção, entende-se o coletivo a partir de duas dimensões: uma arquetípica, que é natural e transcultural; e outra cultural, que é histórica, étnica e estereotípica. A partir dessas dimensões, os seres humanos também realizam aquisições via inconsciente. (Araújo, 2002).

Parece estar ele falando de temas culturais que influenciam o indivíduo, pois localiza essas estruturas, que chama de "primitivas", numa espécie de "alma étnica", material simbólico derivado da cultura. Do ponto de vista psicológico, as sobrevivências seriam o conteúdo formativo do inconsciente, não só da face individual, mas também da coletiva, independente da 'fachada superficial do psiquismo consciente' (Araújo, 2002, p. 30).

Tanto quanto o corpo e a dimensão ideativa-emocional, a sociedade e a cultura são fontes da realidade simbólica, e através de seus diferentes símbolos torna-se possível comparar as culturas e perceber suas semelhanças estruturais, sem perder de vista as diferenças históricas e culturais (Araújo, 2002).

Os complexos culturais são de campos energéticos dinâmicos que promovem uma distorção do mundo para a consciência, gerando respostas automáticas para o outro. Isso torna a realidade do outro invisível, ainda que tal atitude seja inconsciente a nós mesmos. (Singer, 2012). Trata-se, portanto, de um [...] agregado emocionalmente carregado de memórias históricas, emoções, ideias, imagens e comportamentos que tendem a se agrupar em torno de um núcleo arquetípico que vive na psique de um grupo e é compartilhado por indivíduos dentro de um coletivo identificado (Singer, 2012, p. 5 citado por Novaes, 2016).

Os complexos culturais são compartilhados por indivíduos dentro de um contexto grupal ou coletivo especificado. Segundo Singer (2010), para entender aspectos emocionais, ou mesmo psicopatológicos, que circundam determinados grupos, é importante compreender os

complexos culturais envolvidos. Isso pode ser compreendido a partir da ideia de que os complexos culturais são fundados em repetidas experiências históricas “que se enraizaram na psique coletiva de um grupo e na psique de cada um dos membros de um grupo, e eles expressam valores arquetípicos para o grupo. Como tal, os complexos culturais podem ser pensados como os blocos de construção fundamentais de uma sociologia interior” (Singer, 2010. p. 6).

Pode-se compreender, portanto, algumas características fundamentais dos complexos culturais, conforme assinala Klimber (2003):

- I. Os complexos que atuam no contexto grupal do inconsciente cultural **organizam crenças e emoções coletivas** de maneira a favorecer a organização de uma parte significativa da vida do grupo, assim como fantasias que podem operar dentro da psique individual. Os complexos culturais intermediam o relacionamento de uma pessoa com o um grupo, cultura ou etnia específica de referência.
2. Os complexos culturais **operam de forma autônoma** na psique de cada indivíduo ou na psique do grupo. Isso implica em dizer que eles ordenam compreensões restritas à percepção das diferenças, ou mesmo enfatizam as diferenças em estereótipos. Por outro lado, os Complexos culturais acentuam a identificação grupal ou a diferenciação do grupo com outro externo a ele, favorecendo, desta maneira, sentimentos de pertença ou de forte alienação.
3. Ao passo que organizam as emoções, atitudes e comportamentos que constituem o grupo, os complexos culturais **operam como campos energéticos afetados**. Entretanto, a dinâmica é impessoal “os complexos culturais não fazem acepção de pessoas, não cuidam de ninguém além do grupo [...] Eles simplesmente impulsionam as pessoas para o sentimento e a ação” (p. 230). Dessa forma, produz-se nos membros do grupo, através de uma indução psicológica, sentimentos de comunidade.

4. Os complexos culturais **favorecem a relação emocional do indivíduo com os modelos culturais do grupo.** Quando operam de maneira positiva, os complexos culturais constituem um sentimento individual de pertença. A identidade é, dessa forma, organizada a partir de uma identificação com o grupo (cultural, étnico, racial ou social). Da mesma forma, ao se constelar a função negativa do complexo cultural, esta promove a construção de estereótipos e preconceitos que fundamentam atitudes que enxergam o outro como farsante.

5. Os complexos culturais **proporcionam ao indivíduo e aos grupos um senso de pertença e identidade em uma continuidade histórica,** os pressupostos emocionais compartilhados significam que o arquétipo do Self (princípio organizador) é evocado por complexos culturais, que então lhes disponibilizam toda a energia nos níveis arquetípico e pessoal da psique. É necessário dizer que isso pode tornar os complexos culturais muito perigosos (como a multidão do linchamento), mesmo que eles permitam, em outros momentos, inspirar o espírito coletivo de maneiras mais positivas (patriotismo, por exemplo).

Ao se tentar compreender e organizar a história psicológica de determinada cultura, através dos complexos culturais, verifica-se que a memória cultural não se relaciona somente aos membros da cultura/grupo, mas à própria cultura/grupo que produz seus próprios campos emocionais. O memorial cultural se utiliza da psique individual de seus membros para difundir afetos e ideologias, de maneira a moldar valores, prescrições, rituais, expectativas e a própria história do grupo. Nessa direção, a maneira como os grupos/culturas concebem a dívida para com o passado, bem como as reparações exigidas do futuro, são profundamente influenciados pelos complexos culturais (Singer, 2003).

A exemplo, se a experiência do espírito do grupo, a nível grupal, é positiva, a ligação do grupo não obrigatoriamente irá ativar um sentimento de ódio arquetípico ao externo ao grupo. Se de outro modo, a experiência do espírito grupal foi negativa, pode-se disparar as

defesas arquetípicas do espírito grupal, como se verá adiante. Assim, pode-se refletir sobre os complexos culturais como “blocos de construção” elementares para conceber a construção do nível cultural da psique grupal e dos membros do grupo.

5.2.6.1 Defesas arquetípicas do espírito grupal

O espírito grupal diz de uma representação da experiência matriz na vida do grupo. Quando essa experiência é considerada bem nutrida e saudável, o espírito grupal sustenta e orienta o grupo e cada membro. Do contrário, quando o espírito do grupo está traumatizado, vulnerável ou ferido, ativam-se as "defesas arquetípicas", que podem assumir uma energia violenta e agressiva, a fim de proteger o “valor cultural sagrado” e a possibilidade de extinção do grupo (Singer, 2003). Nessa compreensão do complexo cultural, é preciso entender três componentes fundamentais: (i) as feridas traumáticas do grupo, lugar ou valores que conduz o espírito do grupo; (ii) o medo de extermínio do espírito pessoal ou do grupo por um estrangeiro; (iii) o surgimento do guadião/protetor, ou vingador, promovendo a defesa aos “perseguidores” do espírito grupal.

As defesas arquetípicas do grupo, ativadas em alguns complexos culturais, direcionam e transformam o espírito agressivo do grupo. “Eu vejo essa resposta como automática, reflexiva, impessoal e, de certa forma, a maneira mais natural para a psique grupal no aperto de um complexo cultural reagir” (Singer, 2003, p. 203). Assim, a potência dos complexos culturais, que originam tais conflitos, se deve ao caráter autônomo dos complexos. Ou seja, é como se eles adquirissem uma vida própria, “não só na resposta do grupo aos ataques ao seu espírito coletivo, mas também na forma como parecem assumir a residência permanente no cultural nível da psique no indivíduo” (p. 205).

Assim, o lugar atribuído às crianças e adolescente em uso de SPA, ou o lugar vivido por eles, pode ser compreendido também pelos complexos culturais, seja pelas características de

pertença grupal, seja pelas defesas arquetípicas ativadas, em especial nas relações estabelecidas no espaço de cuidado, ou mesmo nas projeções realizadas pelos profissionais do serviço ativadas pelos complexos culturais que envolvem as crianças e adolescentes em uso de substâncias psicoativas assistidos no CAPSi.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Objetivou-se nessa pesquisa compreender o lugar da criança e do adolescente em uso de substâncias psicoativas no cuidado em saúde mental infantojuvenil, para profissionais de um CAPSij e para os adolescentes assistidos pelo serviço. Optou-se pela utilização somente da referência ao adolescente em grande parte da apresentação dos eixos temáticos, pois, apesar de o serviço ser direcionado também às crianças, não foi verificada a presença dessa população no CAPSij durante o processo de coleta de dados. Tal dado mostra-se bastante significativo, especialmente porque a própria literatura sinaliza o uso de drogas por crianças (Quintas, 2011). Além disso, dentre os próprios adolescentes entrevistados, ou mesmo a partir das conversas informais durante as observações, verificou-se em diversas situações a referência do início do uso ainda quando criança. Vale questionar por que, mesmo diante essa realidade em que se verifica que “criança usa droga”, não chegam crianças ao serviço?

Como analisaremos mais profundamente no eixo 5 desta tese, é bastante significativo o número de usuários AD infantojuvenil que são encaminhados para o CAPSij por medida socioeducativa, decorrente especialmente por ato infracional. Pode-se inferir que as crianças ou não cometem atos infracionais ou não são “tratadas” da mesma forma que os adolescentes pela rede de assistência social, de saúde e justiça. Isso nos leva a discutir que o CAPSij não parece ser “lugar” para criança que usa droga. Segundo os próprios adolescentes, o conselho tutelar, o CREAS e a polícia, são os primeiros lugares que foram levados antes de serem encaminhados para o CAPSij, não sendo sequer citadas as UBS. Assim, o usuário parece percorrer “serviços” de assistência social e de justiça antes de receber um cuidado de serviços de saúde cujas políticas públicas de SMIJ apontam serem destinados para o cuidado a essa população.

Outra questão que vale a pena ressaltar é que em sua maioria, os adolescentes observados e/ou entrevistados no CAPSij durante a pesquisa, são negros e pobres, e que o uso de drogas em si não representa o principal sofrimento a que esses adolescentes estão sujeitos, mas sim o contexto social desfavorecido economicamente, o envolvimento com o entorno do tráfico e com atos infracionais, e a violência sexual, sendo esses os principais motivos porque esses adolescentes são encaminhados para o serviço, usualmente pela justiça. Considerando que adolescentes brancos e de classes sociais mais favorecidas também usam drogas, e muitas vezes praticam atos infracionais para viabilizar o uso, pode-se entender que o Estado direciona para as pessoas que usam SPA uma visão seletiva e uma diferenciação do cuidado dirigido a crianças e adolescentes pobres e ricos (Lima, Barros, Mello, & Passos, 2017).

Assim, o Estado parece criminalizar esses adolescentes com necessidades decorrentes de uso de SPA (pobres e negros), sendo o ponto alvo, o controle daquela parte dos adolescentes e jovens considerados socialmente como perigosos, reforçando para eles um cuidado perpassado pela ideia de periculosidade e segregação (Lima, Barros, Mello, & Passos, 2017). Segundo Batista (2015) nos relatórios dos processos judiciais dos agentes do sistema são ínfimos os casos em que a questão abordada é o uso droga em si. “Em geral os processos se relacionam às famílias ‘desestruturadas’, às ‘atitudes suspeitas’, ao ‘meio ambiente pernicioso à sua formação moral’, à ‘ociosidade’, à ‘falta de submissão’, ao ‘brilho no olhar’ e ao desejo de status ‘que não se coaduna com a vida de salário mínimo’ (Batista, 2015, p. 4). Isso reforça a ideia de criminalização do uso de drogas que é agravada também quando verifica-se que os adolescentes e jovens negros e pobres correspondem à “maioria esmagadora” das mortes nessas faixa etárias (Waiselfisz, 2015), reforçando a ideia de que a guerra às drogas corrobora o aumento de mortes de adolescentes negros e pobres no país (Boiteux, 2006; Lima, Barros, Mello, & Passos, 2017).

Nessa direção, para se compreender o lugar direcionado às crianças e adolescentes em uso de SPA, faz-se importante antes compreender que cuidado é realizado, e como é a compreensão desse cuidado, seja pelo olhar dos profissionais de saúde do CAPSij, seja pelos adolescentes que recebem o cuidado. Dessa forma, num primeiro momento serão apresentados os resultados e discussões referentes ao cuidado direcionado a esse público pelo serviço de saúde e por outros atores apontados pelos entrevistados e pelos adolescentes; e posteriormente os resultados e discussões que dizem respeito ao lugar do adolescente em uso de SPA nesse cuidado. Embora os resultados sejam divididos em Eixos temáticos para a melhor visualização, vale ressaltar que, dada a complexidade no que tange ao contexto das crianças e adolescentes assistidas no CAPSij, o cuidado dirigido a eles requer que se extrapole a questão do uso de droga em si (sem deixar de considerá-lo) e adentre outros contextos circunscritos em sua experiência.

Nessa direção, da análise dos dados, obteve-se os seguintes eixos temáticos que nortearam essa tese, a saber: 1. Ações de Cuidado; 2. Características do Cuidado; 3. Cuidado sob o olhar do adolescente; 4. Lugar do adolescente no cuidado; e 5. O lugar falado e vivido pelos adolescentes. Os resultados que compõem os eixos temáticos 1, 2 e 4 decorrem da análise dos registros das observações, das entrevistas com os profissionais e do Círculo Hermenêutico Dialético. Os resultados que compõem os eixos temáticos 3 e 5 advém da análise dos registros das observações e das entrevistas com os adolescentes.

Para melhor visualizar o corpo total dos resultados pode-se verificar a tabela 6, que apresenta todas as categorias e subcategorias de cada eixo temático. Posteriormente, serão apresentados os resultados e discussões de cada eixo temático na ordem supracitada.

Tabela 6

Eixos temáticos

Eixos Temáticos	Categorias	Subcategorias
1. Ações de cuidado	Ações dentro do CAPSij	- Acolhimento; vínculo e escuta; atendimentos e atividades em grupo.
	Ações integradas de cuidado	
	Ações intra e intersetoriais	- Matriciamento; escola; serviços de assistência e justiça.
2. Características do Cuidado	Características gerais da clínica	- Redução de danos e interesse do adolescente; trabalho com responsabilização, regras sociais e limites.
	Características específicas das atividades	- Não ter protocolo; ser “atrativo; tirar o foco da droga; flexibilidade e dinâmica.
3. O Cuidado na perspectiva dos adolescentes em uso de SPA	O Cuidado recebido na perspectiva do adolescente	- O cuidado recebido no CAPSij; recebendo o cuidado em outros serviços; o cuidado na família.
	O cuidado entre os adolescentes	
	Cuidado de Si	
4. Lugar da Crianças e do Adolescente no Cuidado	Lugar no CAPSij	- Dentro ou fora do CAPSij; junto ou separado da demanda de transtornos mentais graves e persistentes.
	Lugar de cuidado	- Lugar de referência/ espaço protegido; lugar marginalizado/ rejeição; percepção dos usuários sobre os profissionais e sobre o serviço pelo olhar dos profissionais; lugar que sobra
	Lugar do sujeito	
5. O Lugar falado e vivido pelos adolescentes	Lugar no CAPSij	- Lugar de doido; Lugar junto ou separado; Lugar de tratamento
	Lugar de cuidado no CAPSij	- lugar do desejo versus lugar de obrigação; lugar de cuidado; lugar de discriminação
	Lugar na cidade	- lugar marginalizado (fora do CAPSij), - Lugar na rua; Lugar no tráfico
	Busca por um lugar	

EIXO 1 - AÇÕES DE CUIDADO

O eixo temático “Ações de Cuidado” teve por objetivo descrever as ações de cuidado direcionadas ao público AD infantojuvenil, a partir das falas dos profissionais nas entrevistas (R), das ações dos mesmos no CAPSij percebidas durante a observação (observação) e dos grupos do Círculo Hermenêutico Dialético (grupo). As ações de cuidado, aqui descritas, podem ser compreendidas como uma organização do cuidado dirigido aos usuários, que contemplariam um trabalho em um CAPSij. A partir da análise baseada no método comparativo constante, obteve-se três categorias: (1) Dentro do CAPSij; (2) Ações integradas de cuidado e (3) Ações intra e intersetoriais.

1.1. Dentro do CAPSij

A categoria “Dentro do CAPSij” foi composta a partir de resultados que versavam sobre as principais ações de cuidado realizadas dentro do serviço. Após a organização desses resultados, os mesmos foram subdivididos em: “acolhimento”; “vínculo e a escuta” e “atendimentos e atividades em grupo”.

1.1.1. Acolhimento

O Acolhimento, conforme os resultados, é o primeiro cuidado realizado pelo CAPSij e pode ser compreendido como um espaço de escuta e também de “início do processo terapêutico”. O mesmo pode ser agendado previamente ou ser realizado conforme demanda espontânea. Uma das características do acolhimento, quando esse se trata do início do processo terapêutico no CAPSij, é o processo de investigação dos interesses do usuário visando construir, junto com ele e ao longo de seu acompanhamento no serviço, o Projeto Terapêutico Singular (PTS). *“A profissional que faz o acolhimento fala: agora a gente vai ter que construir seu PTS. E vai perguntando sobre coisas que ele gosta. Ele fala da música, e ela diz que vai procurar alguma aula [de música] pra ele” (Observação Acolhimento-3).*

Entende-se que o acolhimento verificado nas ações de cuidado no CAPSij para o público AD infantojuvenil está em consonância com o proposto nas políticas públicas de saúde, tendo como uma das características o contato inicial dos usuários com o serviço, mas não se restringe a uma proposta de “triagem”, atributo da visão tradicional do acolhimento. O acolhimento é, portanto, uma ferramenta para a interação, pautado na escuta e na construção do vínculo, e no acesso ao cuidado com responsabilização (Brasil, 2010). Além disso, é “o momento em que todos os recursos do serviço são postos à prova: quem atende; o que pode oferecer; como pode acolher, avaliar e discriminar a demanda” (Schmidt, & Figueiredo, 2009), sendo, desta forma, um espaço propício para se iniciar a construção dos projetos terapêuticos (Brasil, 2010).

A maior parte dos acolhimentos para o público AD infantojuvenil se dá por meio de *demanda espontânea*. Além da escuta, essa prática refere o encaminhamento para o banho, alimentação e repouso; e durante ou após esses cuidados básicos, os profissionais conversam com os usuários sobre questões acerca de suas vidas. “[...] *o primeiro passo é o acolhimento, do banho, da alimentação, oferecer uma dormida, um descanso e aí depois de conversas assim, tentar entender o que está acontecendo né, tanto em situação familiar como da rua mesmo, como relacionada ao tráfico*” R4.

Em alguns momentos os adolescentes encontram-se em situação de rua e dirigem-se espontaneamente para o CAPSij. Percebe-se que frequentemente eles demandam comida e repouso e algumas vezes permanecem no serviço para as atividades ou para conversar com algum profissional. Acolher os adolescentes nesse momento, além de suprir as necessidades básicas, parece relacionar-se à construção das relações de vínculo e do processo terapêutico: “*ajuda muito no estabelecimento de vínculo com eles, quando ele tá tendo uma relação nos ouve e pode acontecer alguma coisa a mais, mais clínica*” R5.

Apesar de ter sido referido como uma ação de cuidado pelos profissionais do CAPSij, vale ressaltar que o conceito de acolhimento transcende a ação e pode ser compreendido como

atitude; postura, que aponta para uma atuação receptiva e humanizada por parte dos profissionais (Silva Júnior, & Mascarenhas, 2004). Assim, é um cuidado que vai além dos protocolos de triagem, que depende impreterivelmente dos recursos clínicos, tais como a escuta e a discriminação das demandas.

Nessa direção, verifica-se que as características específicas da demanda espontânea a essa clientela no CAPSij é marcada, especialmente, pelos cuidados básicos realizados pelo serviço, quando na chegada do adolescente.

O acolhimento não é um espaço, um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústia e invenções, tomando para si a responsabilidade de 'abrigar e agasalhar' outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão (Silva Junior, & Mascarenhas, 2004, p. 19).

A partir da postura de acolhimento, pode-se pensá-lo como uma possibilidade de construir um espaço que proporcione ao usuário uma segurança necessária para que os processos psíquicos¹¹ possam ser acolhidos e ressignificados, ou seja, elaborados e compreendidos de uma forma diferente. Temos aqui, conforme a proposta junguiana, a possibilidade inicial de reatualização dos cuidados, isto é, a ativação de conteúdos inconscientes (arquetípicos) que possibilitem a reparação das falhas no processo de desenvolvimento, no âmbito do dinamismo arquetípico materno, especialmente no que tange aos seus aspectos positivos, tais como a nutrição, afeto, suporte e segurança. Segundo Lima Filho (2015) uma função importante nesses termos refere-se às tentativas de reduzir os aspectos considerados hostis e perturbadores advindos do mundo externo, relativizando os conflitos de maneira a torná-los suportáveis. Assim, ao oferecer um cuidado no âmbito do dinamismo materno,

¹¹ Por processos psíquicos entende-se a realidade psíquica dos indivíduos, comportando elementos conscientes e inconscientes. Neste caso, toda experiência do indivíduo, passado e presente, precisa ser integrada para que ele se aproprie da sua história e das suas escolhas com maturidade e autonomia.

trabalha-se com o aprendizado de relacionar-se com o ambiente, de maneira a sentir-se mais seguro.

1.1.2. Vínculo e escuta

O *vínculo* mostra-se como um dos principais veículos de cuidado no CAPSij para adolescentes AD, visto que, a partir dele, os outros cuidados são possíveis. Os profissionais referem que o CAPSij em si não é atrativo ao público AD infantojuvenil, mas o vínculo estabelecido com os profissionais sim: *“sabem que tem alguém que eles vão poder contar”* E3; *“É 100% vínculo. Aqui não tem nada que interessa a eles não”* R5.

Entende-se que o vínculo pode se configurar com um importante recurso, algumas vezes mais que qualquer outro (CFP, 2013), sendo necessário compreendê-lo em sua dimensão singular, ou seja, num plano micro, como no vínculo com um técnico, e em sua dimensão coletiva, em um plano macro, como o vínculo com o serviço. O vínculo mostra-se, portanto, como um dos pilares para atenção à saúde mental infantojuvenil, principalmente no contexto de álcool e outras drogas, onde verifica-se que os vínculos familiares e/ou com a comunidade encontram-se frequentemente prejudicados, especialmente pelo envolvimento com o tráfico e demais riscos sociais decorrentes do uso de drogas (Araújo, Silva, & Oliveira, 2013).

Nessa direção, verifica-se a partir dos resultados que alguns usuários procuram os profissionais para conversar sobre problemas específicos, como ter recebido ameaças, ter “levado um tiro”, entre outros. Entende-se que a partir desse vínculo construído consegue-se trabalhar algumas questões importantes, e propor-se alguma ação de cuidado. Assim, é possível estabelecer um diálogo. *“Eu acho que é a partir disso [vínculo] que a gente consegue caminhar melhor junto”* R7.

O vínculo, a partir da psicologia analítica, pode ser compreendido como uma relação transferencial, ou seja, uma relação que aproximaria o agente terapêutico, seja ele profissional

ou serviço, ao usuário, de forma dialética, isto é, que os dois sistemas psíquicos (profissional-usuário) se relacionem e sejam afetados. Isso requer que o agente terapêutico experiencie junto com o usuário o processo de construção, de forma que “todos os desenvolvimentos individuais do paciente sejam considerados legítimos, conquanto não se corrijam por si mesmos” (Jung, 2013b, p. 7-8), sendo imprescindível assim, renunciar a superioridade de saber por parte do profissional.

Assim, a posição essencial para quem se propõe enquanto um agente terapêutico ultrapassa a ação dirigida à dificuldade momentânea do adolescente e se coloca como um facilitador para que ele seja capaz de lidar com as dificuldades futuras. Isso implica em entender o processo a partir de um método construtivo. Assim, o vínculo transferencial visa também o entendimento que o usuário é potencialmente capaz de desenvolver uma forma de conhecimento de cuidado de si mesmo, ainda que inicialmente necessite de auxílio (Jung, 2013).

Essa construção do vínculo transferencial se dá com o público AD infantojuvenil de uma maneira bastante peculiar. Verifica-se, a partir das observações, que nos momentos onde os cuidados mais básicos (alimentação, banho e repouso) são realizados, também é possível a construção do vínculo. Alguns adolescentes, por exemplo, que se encontram em situação de rua, vão ao CAPSij com frequência a princípio para comer e dormir; e muitos passam posteriormente a aceitar os outros cuidados oferecidos, como o exemplo que segue: “*o M. vindo, tomando lanche, vinha sob efeito de substância, e a gente vinha trabalhando o tempo todo, e sempre conversando. Depois ele conseguiu né, caminhar, hoje em dia ele tá aí empregado né, veio aqui né, mostrou a carteira de trabalho*” (Grupo1).

Faz-se necessário, para tanto, que nos processos de cuidado os profissionais sejam capazes de manejar as relações transferenciais e contratransferenciais (Steinberg, 1990). Nesse

sentido, as relações de cuidado no CAPSij podem ser compreendidas e construídas através do manejo transferencial, especialmente quando se refere a transferências de conteúdos relacionados aos dinamismos arquetípicos, conforme apresentado no capítulo referencial teórico. Dessa forma, os cuidados básicos oferecidos no serviço, como a nutrição, o suporte para o sono e higiene, assemelham-se ao que Neumann (1995) chama de dinamismo arquetípico matriarcal. Assim, no dinamismo matriarcal no processo terapêutico no CAPSij, ou seja, na possibilidade de vivenciar e elaborar as questões referentes ao materno por meio da relação terapêutica, pensar-se-ia um cuidado pautado na atenção, receptividade, suporte emocional e mesmo físico. O serviço deve oferecer um ambiente adequado para que a criança e o adolescente sintam-se nutridos (simbolicamente), mas seguros para desenvolver-se de maneira saudável. Dessa forma, o vínculo torna-se imprescindível para a construção dessa relação terapêutica.

Isso se deve também pela atitude de *escuta* dos profissionais, citada diversas vezes nas entrevistas e grupos, como uma das principais ações de cuidado no CAPSij, seja num atendimento, durante o lanche ou em uma atividade de grupo. *“Você ouvir né o que os meninos tão precisando no momento eu acho que a escuta é muito válida, né a gente escutar. Às vezes eles só querem falar, né, querem ser ouvidos né”* R3. Vale ressaltar aqui a importância de como o agente terapêutico se coloca na relação terapêutica para que o usuário se sinta confortável para falar, e isso é possível na medida em que a escuta é isenta de julgamento por parte do profissional.

Essa ausência de julgamento reflete uma postura de empatia, que aqui pode ser compreendida como “colocar-se no lugar do outro e compreendê-lo”. Se a percepção por parte do profissional não ultrapassa o estereótipo do adolescente “drogadicto”, atravessado pela história do uso de drogas, dificilmente na relação será possível trabalhar com uma continuidade. Sabe-se que o arquetipo de curador é constelado a partir da relação que se estabelece com o

agente de cuidado (Grosbeck, 1983); para tanto, é necessário que este esteja disponível para que a relação transferencial se estabeleça. Essa disponibilidade é possível a partir do investimento afetivo do cuidador em relação ao agente de cuidado.

Arquetipicamente, a escuta está relacionada com o contato e compreensão, com o estabelecimento de “elo” entre diferentes. Ouvir, escutar a “súplica”, “clamor”, “necessidade” ou “choro” é um atributo próprio do “divino”, por isso é associado à força impessoal, arquetípica da psique. A “escuta” no sentido arquetípico resgata a dignidade do sujeito, tornando-o portador de uma fala significativa, sujeito do seu próprio discurso.

Nessa direção, ainda que o espaço físico e o número de atividades para atender a essa demanda específica sejam considerados pequenos pelos entrevistados, a escuta mantém-se como um recurso potente de cuidado a esse público. Entretanto, dada a grande demanda e ao pequeno número de profissionais que se disponibilizam para trabalhar com o público AD infantojuvenil, especialmente dada as dificuldades em relação ao manejo transferencial, mesmo essa ferramenta vai sendo vista como limitada pelos participantes. *“A gente infelizmente não tem muito recurso terapêutico aqui dentro, a não ser a escuta. O grupo, por exemplo, já funcionava há bastante tempo, mas os recursos foram se esgotando, e deixou de ser um pouco atrativo para os adolescentes, até pela nossa limitação” Grupo1.*

Diante dessa limitação e das dificuldades nas relações com os adolescentes, o Grupo de Vivência deixou de acontecer no final do período da pesquisa. Algumas situações mais complicadas aconteceram entre os adolescentes, tais como roubo dentro do grupo de vivência, brigas, aliciamento entre os próprios adolescentes e uso de SPA em lugares não permitidos. Percebe-se que elas afetaram o funcionamento das atividades, e conseqüentemente a disponibilidade do serviço para a escuta aos adolescentes. Na semana seguinte a uma situação

de briga entre um adolescente AD e um adolescente sem questões relacionadas a uso de SPA no grupo de vivência, verificou-se uma certa desorganização por parte dos profissionais:

O grupo esteve desorganizado. Eles jogam UNO com os profissionais e depois jogam bola. O adolescente N. deixa o celular dele com a profissional. Quando chega no horário do lanche, a profissional vai buscar o lanche e deixa o celular no armário aberto, ao lado da mesa. Quando o lanche chega, os meninos vão comer, e o adolescente CH, senta-se numa mesinha ao lado de onde está o celular. Depois de lanchar, ele diz que vai embora, já que “eles” falaram que não era pra ele estar ali. Pouco tempo depois, a profissional dá falta do celular. Dois profissionais saem de carro pelo bairro, a procura do adolescente, pois dizem que ele furtou o celular. (Observação Grupo de Vivência 14).

Pode-se sinalizar que ambos os sistemas (adolescente – cuidador) se afetaram mutuamente. Dessa maneira, se a ausência de recursos e demais limitações parecem afetar o interesse do adolescente em relação ao grupo/serviço, as dificuldades que aparentemente partem dos adolescentes (como falta de interesse e a realização de delitos no CAPSij), também podem ter afetado os profissionais do serviço. Especialmente no que diz respeito à percepção do lugar que o adolescente atribui ao CAPSij, que será discutido em outro eixo temático. Essa reflexão é possível na medida em que se compreende que os profissionais são elementos desse grupo de vivência, afetando e sendo afetado por ele.

Segundo Steinberg (1995), o percurso do processo terapêutico tem ampla relação com o manejo da transferência e da contratransferência. No trabalho analítico, o inconsciente do analista é afetado/penetrado pela dor do paciente e o terapeuta torna-se psiquicamente contaminado pelas projeções a que está exposto (Steinberg, 1995, p. 32). O estar “afetado” pela dor do paciente por ser compreendido desde sua história pessoal, mas também familiar e social. A dor ou a revolta ou indignação de um grupo social se mesclam ao drama pessoal; em outras palavras, o complexo cultural (Singer, 2003; Klimbes, 2003) alinha-se de tal modo ao complexo pessoal, potencializando-o, e sob certos aspectos conduzindo as escolhas do indivíduo, ou

interferindo na relação transferencial, que o terapeuta, ou agente de cuidado, se torna recipiente de uma configuração que é pessoal e coletiva. Cabe ao terapeuta o desafio de lidar com a tensão dessas projeções, ou suportá-las, pessoais e coletivas, sem reagir defensivamente (com seus próprios complexos pessoais e coletivos) ou ativando mais defesas arquetípicas (Singer, 2003) no paciente. Pode-se questionar então se os agentes de cuidado do CAPSij foram afetados pelos complexos pessoais e culturais dos adolescentes. Vale ressaltar que na psicologia analítica, a relação entre os inconscientes do paciente e do analista encontram-se inicialmente desconhecida para ambos. Contudo, é importante que o terapeuta tenha habilidade de perceber a existência dessa área e quaisquer fenômenos que possam surgir dali (Jung, 2013c).

Embora o próprio percurso do terapeuta não seja conduzido pelas mesmas questões inconscientes, isso não significa que o terapeuta deva se identificar com esses conteúdos, mas ser tocados por eles. Tais situações oferecem ao terapeuta uma oportunidade de lidar com as questões inconscientes do paciente, desde que ele consiga elaborar o que foi ativado em si mesmo e trabalhar isso com o paciente de maneira que este possa integrar tais conteúdos (Steinberg, 1995, p. 33). Pode-se entender, portanto, que os agentes de cuidado identificaram-se com os conteúdos psíquicos dos adolescentes, e não reconhecendo e não sabendo lidar com isso, optaram pelo afastamento do conteúdo mediante interrupção do grupo de vivência, ao invés de lidar com tais aspectos. Entende-se que os profissionais do CAPSij conduzem o trabalho com os elementos que possuem, tais como limites e vínculo, contudo, os mesmos não possuem suporte e espaço terapêutico adequado para trabalhar as questões transferenciais surgidas no cuidado. Isso mostra-se como um indicativo significativo para o investimento em supervisões institucionais e acompanhamento psicoterapêutico nos processos de trabalho.

Tem-se, portanto, que acolhimento, o vínculo e a escuta, colocam-se como base para a construção de um *setting* terapêutico suficientemente adequado para acolher essas crianças e adolescentes. O *setting*, segundo a psicologia analítica, é um lugar de transformação e, portanto,

potencialmente terapêutico, e não pode ser entendido somente como espaço físico, mas o espaço onde a relação terapêutica se estabelece, um lugar protegido onde a experiência de si mesmo pode ser vivida e integrada de forma saudável e segura. Assim, é imprescindível que antes “do fazer técnico” exista a construção de uma relação de confiança e segurança.

1.1.3. Atendimentos e atividades em grupo

Os Atendimentos e atividades em grupo compreendem todo tipo atividade realizada como atendimento no CAPSij, sejam eles individuais, familiares ou em grupo, em conformidade com a Portaria/GM nº 336/2002. O atendimento pode ser dirigido diretamente à criança e ao adolescente e/ou à família do usuário do serviço, como descrito abaixo:

Com os adolescentes

Com os adolescentes, verificou-se o atendimento individual ou em grupo. No que tange aos ***atendimentos individuais***, os profissionais mais citados são o psicólogo, o psiquiatra e o pediatra. Somente um profissional citou que primeiramente o técnico de referência realiza o atendimento e acompanha o usuário no processo de cuidado dentro e fora do CAPSij. Entende-se, a partir da observação, que o atendimento individual é realizado prioritariamente pelo técnico de referência, e posteriormente é avaliada a necessidade de encaminhamento para outros profissionais do CAPSij. Verifica-se, contudo, a partir das falas dos profissionais, que nem sempre há demanda desse atendimento pelo usuário AD infantojuvenil, visto que eles não consideram ser uma questão pertinente para si. “[...]poucos são os meninos que demandam psicoterapia em relação ao uso de drogas, porque assim, não é uma questão dele de uso de drogas” R1.

Essa pouca procura pelos atendimentos individuais por parte dos adolescentes pode estar relacionada ao fato de, em sua maioria, estes realizarem seu acompanhamento no CAPSij não devido a própria vontade e iniciativa, mas devido à demanda da família ou judicial (tendo em vista que muitos adolescentes cumprem medida socioeducativa). Entende-se que é “da responsabilidade dos adultos para acessar os meios para realizar a sua potência e manter um devir aberto” (Brasil, 2014, p. 14). Entretanto, ainda que o cuidado seja iniciado principalmente via demanda judicial e familiar, é importante considerar que esses adolescentes são sujeitos de fala, e potencialmente capazes de construir autonomia, sendo fundamental ouvi-los e considerar seus interesses (Brasil, 2014).

A partir do atendimento individual, o agente terapêutico, servindo como referência e suporte para o adolescente, facilita uma construção de direção para o mesmo, tanto no que diz respeito a seu acompanhamento dentro do CAPSij, como quanto ao seu projeto de vida; o que implica tanto em uma interação com o ambiente externo, como no desenvolvimento do sujeito no sentido do processo de individuação. No âmbito da clínica junguiana, se em um primeiro momento do processo terapêutico impera a possibilidade de reatualização do dinamismo materno, especialmente via a postura de acolhimento, oferece-se também um ambiente para a reatualização do dinamismo patriarcal, marcado sobretudo pela organização, orientação e limite. “O papel de orientação pragmática da vida do toxicômano, tendo em vista a necessidade adaptativa do paciente ao contexto social” (Silveira filho, 2002, p. 67).

Segundo os profissionais, a opção de atividades para a população AD infantojuvenil dentro do CAPSij é muito pequena. Foram citados 2 grupos, a saber: o **Grupo de Vivência**, atividade com maior presença de adolescentes AD, e o **Grupo de Meninas**, ambos não restritos a adolescentes AD. Dentre as atividades observadas nos grupos, há: lanches e almoço; conversas individuais; jogos (totó, bingo, uno, dominó e bola); culinária (hambúguer e

brigadeiro) e passeios (projetos, exposição, parques). Atividades como bijuteria e pintura ocorreram somente no grupo de meninas.

O brincar, as atividades expressivas (aqui se inclui a culinária) e os próprios passeios, para a psicologia analítica, podem ser compreendidos num contexto simbólico, ou seja, têm uma função mediadora entre a consciência e o inconsciente, especialmente por possuírem “a função unificadora que integra todos os níveis da realidade humana, fazendo com que o indivíduo se projete para além do mundo comum” (Moraes, & Tristão, 2014, p. 147). Além disso, entende-se que as atividades também se circunscrevem no dinamismo patriarcal: “jogos de regras”, limites, horários dos passeios; abrindo horizontes de possibilidades, pelas regras e pela ordem vivida socialmente, de o dinamismo patriarcal ser internalizado de maneira saudável pelo adolescente.

Verifica-se então que o grupo se utiliza de recursos lúdicos e passeios para intermediar as relações, tanto entre os adolescentes e os profissionais, como entre os próprios adolescentes e dos adolescentes com as próprias questões internas, inconscientes. Aproveita-se então para conversar sobre assuntos de interesse dos adolescentes, como a relação com o estudo, ou questões que eles estão vivenciando no momento. *“A gente trabalha com dinâmicas, a gente trabalha com questões de passeio”*R1. O grupo é uma atividade de grande importância, segundo o olhar dos profissionais, pois a partir dele vai se *“tentando fazer com que eles enxerguem que lá fora tem um mundo que não é só o mundo do álcool e da droga”* R3.

Entende-se que os grupos e as atividades realizadas abrem uma possibilidade de o adolescente se relacionar com o “social” (seja dentro ou fora do CAPSij) de outra forma, não mediada pelas defesas arquetípicas do espírito do grupo (Singer, 2003) aqui personificadas pelo tráfico ou pelas dificuldades do contexto socioeconômico em que vivem. Assim, à medida que é possível ampliar também o conhecimento sobre o mundo externo, tendo esse ambiente como

um mediador (seguro), permite-se que modos de compreensão e novas experiências se constituam para esse sujeito (Damião Junior, 2005). Essas experiências são necessárias para processo de individuação, visto que, ao mesmo tempo que este implica num processo subjetivo, requer um relacionamento objetivo com o mundo (Jung, 2013b).

Com as famílias

A inserção da família é apontada como uma forma de cuidado. Essa inserção se estabelece prioritariamente de duas maneiras: nos grupos de família e nos atendimentos familiares (presenciais ou mesmo por telefone).

O *grupo de família* foi bastante citado como uma ferramenta de cuidado. Os profissionais utilizavam-se de dinâmicas e textos para mediar os grupos. Em muitas situações, a família encontra-se fragilizada e precisa de suporte para lidar com as questões de seus filhos. *“Pergunto para um casal se o filho deles tem vindo. Eles respondem que não, que ele só veio uma vez; e que o psicólogo esteve em sua casa para conversar com ele e ele não o recebeu”* (Observação grupo de família 5).

Outra ação de cuidado com a família é o *Atendimento Familiar*, que é realizado com os membros da família e é onde se trabalham as dificuldades vivenciadas; *“[...] é uma coisa muito potente, quando você junta o pai a mãe e você conversa sobre o que está acontecendo, quais são as dificuldades que a família tem vivenciado”* R1.

É preciso discutir que a inserção dessa família no cuidado está para além de atuar enquanto um agente de informação, mas também como pessoas que precisam de cuidado. Além disso, são vistos como aliados importantes na condução do processo de cuidado do adolescente em uso de substância, pois ainda que o usuário não compareça ao serviço, a família é convidada

a comparecer. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2005) o cuidado a crianças e adolescentes assistidos no CAPSij deve ser também oportunizado aos familiares.

Pensar o cuidado infantojuvenil implica na compreensão que isso exige dos cuidadores muita atenção, dispêndio de tempo e energia. Dessa forma, o cuidado dispensado às crianças e adolescentes assistidos em um CAPSij traz à família desgaste e um certo sofrimento (Abaurre, 2013). Também é frequente que os familiares e/ou cuidadores encontrem-se de tal forma envolvidos com o sofrimento psíquico das crianças e adolescente que suas vidas se tornem “esvaziadas”.

É preciso, portanto, compreender que a família, na visão junguiana, é um sistema do qual o sujeito faz parte (Jung, 2017; Benedito, 2015). O indivíduo tem suas raízes na família, e está, por sua vez, no grupo social e étnico. Nessa direção, um membro da família que sofre implica em algum nível de sofrimento na família também. Além disso, é preciso compreender o sintoma apresentado, neste caso o uso de SPA e a situação de vulnerabilidade, não somente como individual, mas como familiar (Benedito, 2015; Caetano, Robles, Pessoa, & Fontana, 2015) e mesmo cultural. Nessa direção, é preciso explorar “qual a função e o propósito do aparecimento daquele conteúdo [sintoma] para toda a família naquele momento específico” (Benedito, 2015, p. 52). Uma família apresentando um sofrimento bastante significativo pode ter dificuldades em realizar os cuidados às crianças e adolescentes, sendo, portanto, necessário inclui-las nas ações de cuidado no CAPSij, em consonância com a proposta de clínica integral, onde o sujeito é cuidado levando em consideração a complexidade que envolve sua existência (Brasil, 2014). Assim, em concordância com a perspectiva junguiana, que compreende que cada membro da família não pode ser compreendido isoladamente, mas constitui-se a partir de organizações mais amplas, o trabalho com famílias precisa compreender uma abordagem multidimensional, incluindo as perspectivas psíquicas, socioculturais, ecológicas e políticas (Caetano, Robles, Pessoa, & Fontana, 2015, p. 55). Dessa forma, a família precisa ser cuidada

também, levando-se em consideração as questões psicossociais a que elas estão envolvidas, em especial, no caso das famílias dos adolescentes AD, a violência estrutural¹² e o entorno com o tráfico.

Outra questão importante a ser discutida é o lugar onde o grupo social e étnico, no qual essas famílias estão inseridas, situa-se econômica e socialmente, especialmente dada a cultura consumista e elitista que exclui e marginaliza todo um grupo social. Esse lugar fundado pelos complexos culturais alimenta as defesas arquetípicas, o lugar ou valores se constituem o grupo e o surgimento do protetor ou vingador, promovendo a defesa dos perseguidores do espírito do grupo. Isso implica em abandonar uma perspectiva unilateral, reducionista e linear, que coloca o sintoma no centro e causador dos problemas familiares.

Dessa forma, o objetivo do trabalho com famílias, numa perspectiva junguiana, não é encontrar soluções determinadas para a resolução do conflito que encaminha a demanda de cuidado (no caso, os problemas decorrentes do uso de SPA por um membro adolescente da família). Trata-se de auxiliar seus membros a fim de elaborar o entendimento acerca do conflito e ampliar as possibilidades de promoção de mudanças necessárias para o sistema familiar (Caetano, Robles, Pessoa, & Fontana, 2015). Ou seja, consiste em colocar o sistema familiar em movimento para possíveis mudanças, onde podem ser construídas novas visões e reflexões sobre os indivíduos e seus papéis dentro do sistema (Benedito, 2015). A família compreendida como um sistema implica que a mudança nunca é individual, mas do sistema – o foco não é o conflito, mas a transformação do indivíduo, assim como do sistema que o sustenta em seu modo de viver. Tal processo está em consonância com o que Jung determinou por processo de individuação (Jung, 2015).

¹² As condições de violência estrutural contribuem para o problema no segmento populacional com precárias condições materiais. (Araújo, Silva, & Oliveira, 2013, p. 146).

1.2. Ações integradas de cuidado no território

A segunda categoria, nomeada “ações integradas de cuidado no território¹³” refere-se às atividades que favoreçam a saúde integral da criança e do adolescente, que é compreendida e promovida por inúmeros elementos, tais como cultura, educação e esporte. Percebe-se que o cuidado aos adolescentes extrapola o espaço físico do CAPSij, sendo necessário buscar outros espaços para que o adolescente possa ser cuidado também no território, sem deixar de ser acompanhado pelo CAPSij. É importante ressaltar que os profissionais assinalam que esses espaços não precisam ser somente os relacionados à saúde, mas podem ser relativos a outras atividades, dentre as quais “estágios e cursos” ou “esporte e cultura”.

Segundo a Política de Saúde Mental infantojuvenil (Brasil, 2014), é imprescindível que as crianças e adolescentes tenham a possibilidade de sentirem-se pertencentes a um grupo social, e de terem acesso ao “desenvolvimento e qualificação profissional e à possibilidade de realização de seus projetos de vida, reconhecendo os fatores sociais, econômicos, políticos e culturais que influenciam sua exequibilidade” (Brasil, 2014, p. 14). Tais princípios são indispensáveis para construção de novos projetos de vida para as pessoas que requerem cuidados inerentes à saúde (Brasil, 2014). Dessa forma, as atividades como cursos, estágios e esportes podem ser compreendidas como possibilidades de inserção dos adolescentes em grupos sociais.

No que tange aos “*estágios e cursos*”, a participação dos usuários no “adolescente aprendiz¹⁴” ou em algum curso é apontada pelos profissionais como um recurso potente para

¹³ “Trata-se de um conceito que extrapola os sentidos meramente geográficos ou regionais, mas tem relação com as redes de relações e afetos e com as redes sociais daquele que é cuidado, que inclui a família, os vizinhos, a escola, a praça, o clube, os lugares de lazer, etc. ‘O território é o lugar psicossocial do sujeito; é onde a vida acontece’” (Brasil, 2005, p. 13 apud Brasil, 2014, p. 26).

¹⁴ “Regulamentado pela Lei 10.097/00, o Programa Adolescente Aprendiz possibilita ao adolescente o desenvolvimento de competências básicas para o trabalho e a cidadania. Durante o programa, além da capacitação teórica, são realizadas atividades culturais e sociais, bem como o acompanhamento socioeducativo

interferir na relação do usuário com o tráfico. Verifica-se que o envolvimento com o tráfico se dá em muitos casos atendidos no CAPSij, sendo uma questão de maior peso que o uso de substâncias psicoativas em si. A medida que o serviço tenta promover outras atividades de interesse do adolescente, assinala-se uma possibilidade de o sujeito perceber outras maneiras de se inserir no mundo e de visualizar perspectivas distintas de futuro. *“Até mesmo como uma maneira de tentar mostrar um outro meio pra eles, uma outra saída pra eles...né, porque eles estão ali naquele meio social, às vezes o pai e a mãe e todo mundo usa, e mostrar pra ele que não, que ele pode fazer diferente”* R6.

Seria uma prática de cuidado muito importante, a gente tem menino que chega aqui, “não tô aguentando, mas o tráfico me oferece”, e acaba indo porque não tem outra forma pra eles. Muitas vezes, é o dinheiro fácil, é o status que eles querem e qual o status que tem um menino que não tem nada, que não tá fazendo nada. Eles falam muito disso, ah se tivesse um adolescente aprendiz era uma coisa, e a gente não consegue. R3.

A inserção em atividade de *“esporte e cultura”*, buscando serviços que ofereçam algo que seja do interesse do usuário, estabelece-se como outra possibilidade importante de ações integrais para esses sujeitos. Um participante relata que o esporte é um grande atrativo especialmente para os adolescentes; *“[...] quando a gente foi pela via do esporte ele abriu, ele começou a abrir, e aí nós estávamos fazendo um acolhimento em conjunto né, com alguns profissionais juntos”* R2.

A partir desse processo de saúde integral é possível compreender as possibilidades de relacionar-se tanto com aspectos do dinamismo patriarcal (Neumman, 1992; Lima Filho, 2015) como da alteridade (Byington, 1983). No que tange ao dinamismo patriarcal, a partir de atividades que deseja fazer, o adolescente inicia um processo de organização pragmática da vida, e a busca por sentido e organização (Silveira Filho, 2002), inicialmente a partir do auxílio

dos participantes. Já a aprendizagem prática é realizada em empresas parceiras do CIEE-ES, logo após o término da aprendizagem teórica.” (CIEE)

do agente terapêutico que aponta possibilidades de inserção em outros contextos, e o auxilia nesse processo de integração.

A integração do dinamismo da alteridade é um elemento importante no processo de individuação, pois a partir do olhar e reconhecimento desse outro que o indivíduo se reconhece enquanto sujeito (Byington, 1983). No que diz respeito ao adolescente em uso de SPA, proporcionar um ambiente facilitador para uma integração da alteridade de forma saudável se faz fundamental, em especial porque a maior parte dos adolescentes acompanhados no CAPSij vivenciam o contexto do tráfico, tendo seus componentes como grupo de referência. Nesse contexto, se identificando com esse “outro” ligado ao grupo do tráfico, cujas defesas arquetípicas, especialmente no que tange a um direcionamento de seu espírito agressivo e violento, encontram-se ativadas (Singer, 2003), é dificultada a sua percepção de ser no mundo e se relacionar nele, de forma diferente. Aqui não há uma internalização do dinamismo da alteridade, pois enquanto identificado com esse “outro”, mas não olhando a partir dele, mantém-se também uma relação de dependência com o “outro”, não sendo possível o desenvolvimento de autonomia.

Vale ressaltar que, apesar da importância desse cuidado aos olhos dos profissionais, essas ações integradas foram pouco realizadas, especialmente dada a dificuldade de o adolescente AD se “enquadrar” nos requisitos para a inserção das atividades. Isso reflete uma dificuldade quanto à construção de um lugar direcionado ao adolescente AD no cuidado em saúde mental, que será discutido em outro Eixo.

1.3. Ações intra e intersetoriais

O CAPSij, conforme a direção das Políticas de SMIJ e da RAPS, tem como uma proposta importante não trabalhar de forma isolada, mas a partir de ações intrassetoriais e

intersetoriais. A organização constante dessa rede, a partir da compreensão da complexidade que envolvem as intervenções em saúde mental infantojuvenil, em especial a questão de álcool e outras drogas, é imprescindível para a garantia de direitos e acesso aos cuidados nessa área (Brasil, 2015).

Das *ações intrassetoriais*, o matriciamento é citado como uma ação de cuidado, embora considerada como indireta: “*Nos matriciamentos lá na unidade de saúde, as orientações, as experiências da gente, a gente troca com eles*” R2. Além disso, são apontadas como ações intrassetoriais, as visitas, especialmente em internações específicas para o uso de SPA. Embora tenha esse relato, não houve nenhuma visita no período da coleta, em virtude da distância e da falta de recurso para transporte.

O matriciamento constitui-se como uma metodologia de trabalho importante na organização da rede de saúde (Iglesias, 2015), em especial da saúde mental infantojuvenil. Entretanto, a articulação entre a saúde mental e a atenção básica configura-se como um grande desafio ao apoio matricial. Dentre os obstáculos averiguados por Cavalcante, Jorge e Santos (2012) vale ressaltar a dificuldade dos profissionais em atuar frente aos problemas relacionados à saúde mental infantojuvenil, operando muitas vezes um cuidado que medicaliza o cotidiano desses usuários e a prática de encaminhamento, intensificando um tratamento compartimentado, o que prejudica o “fazer coletivo e integral”. Tal situação se agrava na situação que envolve as questões de álcool e drogas (Gotiera 2012). Em pesquisa que analisa o caminho percorrido nos serviços de saúde na cidade de Taquaritinga/SP em casos de crianças e adolescentes usuárias de substâncias psicoativas, verificou-se que os serviços de saúde prestam acolhimento por diversas portas de entrada, mas não possuem um programa de cuidado; além disso, o trabalho não é realizado de forma articulada. Embora haja, no CAPSij estudado, uma percepção da importância das ações intrassetoriais, a concretização de uma rede ainda é um desafio.

As *ações intersetoriais* mais referenciadas pelos profissionais diz respeito à escola. No caso de adolescentes em uso de SPA é muito comum o abandono escolar. Assim, a reinserção na *escola* pode ser compreendida como um cuidado que diz respeito também ao contato do adolescente com o social e onde ele pode aprender a lidar com esse território/social com o suporte do CAPSij, como exemplificado a seguir: “*retornar para a escola é uma forma de tratamento, de você...estar de novo no social, lidar com algumas questões*” R1.

Entende-se que a função da escola muitas vezes extrapola a transmissão de conteúdo, assumindo um importante papel de socialização e de humanização, dada a constituição da pessoa enquanto ser humano, individual e social, assim como a construção de sua identidade (Luckow, & Cordeiro, 2017). Por outro lado, há que se avaliar também a ausência desse adolescente que muitas vezes não se enquadra no padrão requerido pela escola. Nesse sentido, os autores assinalam que a escola pode assumir um lugar social ambíguo, visto que ao adotar um “padrão hegemônico” ela pode também servir para legitimar as desigualdades sociais, desestimulando aqueles que apresentam alguma diferença em relação ao padrão de normalidade socialmente imposto, como é o caso dos adolescentes que frequentam o CAPSij.

Os relatos dos profissionais e dos familiares nos grupos de família levantam a questão de que os adolescentes abandonam a escola não somente por achá-la menos interessante que sua vivência atual, mas porque em algumas situações sentem-se marginalizados por fazerem uso de SPA, mesmo que já estejam em acompanhamento por conta disso, tendo suas falas e comportamentos desacreditados; ou então o abandono acontece por haver situação de risco envolvendo o tráfico no território na qual a escola está inserida. Diante dessa complexidade, é preciso refletir que para auxiliar nesse processo de cuidado o sistema escolar precisa estar melhor preparado, não somente para os casos de uso nocivo de SPA, mas para as questões que

circundam o ambiente do adolescente, em especial os que estão em situações de vulnerabilidade social.

Em virtude disso, muitas vezes o retorno do adolescente para a escola requer uma mediação dos profissionais do CAPSi, que podem estabelecer contato através de orientações e reuniões referentes ao trabalho com o adolescente. Dessa forma, o papel do serviço é “o de acessar um segmento que muitas vezes está à margem da rede de saúde e social por temer o estigma e a rejeição. A aceitação de cada um destes usuários enquanto sujeitos e o respeito ao lugar que ocupam na escala social confere as abordagens de Redução de Danos, a possibilidade de construção de vínculo” (CFP. 2013, p. 42).

Compreende-se que à medida que o adolescente se insere no contexto escolar, suas dificuldades podem ser também compartilhadas e elaboradas no CAPSi, seja por intermédio dos profissionais ou pelos demais adolescentes que são atendidos no serviço. O serviço assume aqui um lugar de auxiliar o adolescente (como uma rede de referência) a sustentar os conflitos entre o ambiente externo, as dificuldades escolares versus os atrativos e dificuldades do tráfico, e o impulso para o uso de drogas. Isso se dá por via do acolhimento e suporte - via dinamismo materno (Neumann, 1995), mas também pela organização, direcionamento e sentido - via dinamismo paterno (Neumann, 1995; Lima Filho, 2015), conceitos apresentados no capítulo 5. À medida que suas dificuldades são trabalhadas, se constroem soluções em conjunto e uma nova relação com a escola é possível.

A relação do CAPSi e da escola em parceria poderia auxiliar nesse processo, em especial por que a escola é um lugar privilegiado para medidas preventivas e de promoção de saúde no que tange ao contexto de álcool e drogas (Brasil, 2014) e porque é um espaço onde o adolescente pode construir relações grupais saudáveis. Observaram-se, nesse sentido, vários relatos de situações em que os profissionais foram à escola conversar sobre as questões AD.

Entretanto, percebe-se que isso acontece em situações muito específicas, como “mau comportamento” relatado pela escola, ou quando os profissionais querem conhecer melhor o contexto onde o usuário está inserido. Não se verificou nenhum relato em que houvesse espaço de discussão na escola sobre o uso de SPA na infância e adolescência, seja com os profissionais da escola e do CAPSij, seja envolvendo os escolares.

Outro ponto importante de ações intersetoriais diz respeito aos serviços de *assistência e justiça*. Percebe-se aqui que as tentativas de proteção por via desses serviços estão bastante presentes, dada a situação de risco em que muitas crianças e adolescentes se encontram, tais como envolvimento com tráfico, violência estrutural e sexual e mesmo risco de morte. Verifica-se que os adolescentes em muitos momentos levam essa demanda para os profissionais do CAPSij. “*Eu saí de casa e preciso de um espaço, preciso de outro lugar’, então a gente tenta o abrigo*” R1. Dessa forma, muitas vezes esse usuário encontra-se abrigado, sendo necessário então manter um contato com os profissionais que trabalham nas instituições de acolhimento e pensar o cuidado em conjunto, embora isso não aconteça com frequência. “*A psicóloga do Centro de Vivência veio ao CAPSij para reunião com a equipe que acompanha o adolescente PR, visto que algumas mudanças iriam ocorrer a nível estrutural na assistência e o adolescente teria que ser transferido*” (Observação-G3).

O processo de desenvolvimento da personalidade, conforme a psicologia analítica, também requer cuidados que envolvam proteção e segurança, primeiramente advindo do outro, como um protótipo da confiança e segurança em si mesmo (Lima Filho, 2015; Neumann, 1995). Recebendo cuidados nesse aspecto, o sujeito pode ir gradativamente internalizando o que representam esses cuidados relacionados ao dinamismo paterno, à palavra e à lei. O objetivo é favorecer que o adolescente construa instrumentos que lhe promovam segurança e confiança a partir do conhecimento e do recebimento desses cuidados por via do CAPSij em ações intersetoriais, isto é, que o adolescente possa desenvolver sua autonomia, que nessa ocasião do

processo, conforme Lima Filho (2015), ainda é relativa, por estar sob a regência do dinamismo arquetípico patriarcal.

Um problema que tange à proteção – em algumas vezes em excesso - e que diz respeito a uma dificuldade relativa à rede de assistência, é o número elevado de adolescentes que foram encaminhados para internação em instituição de “reabilitação”, mesmo sem indicação clínica, utilizando assim esse recurso como uma medida protetiva. Aqui tem-se a complexidade de ações intra e intersetoriais, isso porque verificou-se que dos dez adolescentes internados que eram acompanhados pelos CAPSij no período de coleta de dados, nove o foram por intervenção judicial, sem a indicação do CAPSij. Essa é uma questão que merece bastante reflexão, especialmente no que diz respeito ao lugar de cuidado para esses sujeitos e a ausência de interlocução entre esses serviços.

Pode-se analisar que a entrada tardia da questão de álcool e outras drogas no movimento de Reforma Psiquiátrica (CRP, 2013), bem como a dívida histórica com a saúde mental infantojuvenil (Couto, & Delgado, 2008) prejudicou o desenvolvimento de estratégias de cuidado direcionadas a essa população e de políticas públicas que atendam a criança e adolescente em uso de substâncias psicoativas. Por outro lado, isso favorece a utilização e o crescimento de recursos historicamente criados para pessoas que usam “drogas”, tais como a difusão de comunidades terapêuticas, fortemente orientadas pelo viés proibicionista, segregador e por rígidos protocolos de comportamento (CFP, 2013); recursos esses ainda fortemente requeridos pelas famílias e pelo sistema judicial, ainda que sejam marcados pela privação de liberdade de modo arbitrário (Brasil, 2014). Eles vão de encontro a um dos pontos principais da Reforma Psiquiátrica, que é a liberdade e responsabilidade. “O atalho adotado pelas entidades legais e o poder executivo aborda o mal estar social, mas não produz a justiça. Condena os jovens com uma falta de perspectivas para uma dura punição pelo ato cometido [...] É uma medida injusta que não educa ou socializa” (CFP, 2011, p. 193).

Verifica-se que, aqui, a utilização da lei é tomada de forma bastante rígida e verticalizada. Tal inflexibilidade do sistema, ao mesmo tempo em que nega a individualidade e subjetividade do adolescente via seu “assujeitamento” ao sistema, prejudica a construção de autonomia, ou seja, de um lugar psicológico que reflete, legisla e estabelece regras e metas para a própria vida e, neste caso, para o uso de SPA (Neumann, 1995; Lima Filho, 2015). Se o adolescente não for capaz de desenvolver-se de modo a estabelecer com a droga uma relação que está dentro de suas metas e escolhas, a droga e o tráfico continuarão assumindo um lugar de forte controle e dominação frente às suas escolhas e desejos.

Nessa direção, verifica-se a partir da fala dos profissionais que a rede não se encontra articulada e, no que diz respeito ao público AD infantojuvenil, alguns cuidados mostram-se incongruentes, a exemplo, as internações compulsórias ou a recusa à estratégia de Redução de Danos (RD). Apesar do cuidado no CAPSij ser dirigido pela Redução de Danos¹⁵, como veremos no próximo Eixo, ao contatar outros serviços percebe-se que essa visão não é compartilhada. Durante as observações, houveram relatos de fuga dos adolescentes das casas de acolhimento, pois não era permitido nem o uso de cigarro. O participante relata: “[...]Então é importante esse diálogo assim de que forma é...algumas coisas são truncadas, essa coisa da própria redução de danos, né, como a gente trabalha a questão de redução de danos na saúde, mas na assistência não” R1.

Entende-se neste contexto a existência de um limite em demasia, ou seja, a utilização de regras, via dinamismo patriarcal (Neumann, 1995; Lima Filho, 2015), encontra-se por vezes hipertrofiada, gerando assim a exigência de uma relação rígida do adolescente com as regras impostas nesses segmentos de cuidado. Isso implica na ausência de diálogo, ou seja, o caráter

¹⁵ Entende-se por Redução de Danos (RD) um conjunto de diretrizes e princípios para o cuidado a pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

dialético característico da clínica na visão junguiana (Jung, 2013b) encontra-se prejudicado. Além disso, na ausência de compreensão da inserção do usuário como protagonista na construção do cuidado, não se permite um espaço adequado para a retomada de seu processo de desenvolvimento (processo de individuação). Sabe-se que a forma como esse desenvolvimento se dá está atrelada ao ambiente social e cultural no qual o indivíduo se encontra, e compreender tais aspectos se faz imprescindível para refletir sobre o lugar da criança e do adolescente no cuidado em saúde mental.

EIXO 2 - CARACTERÍSTICAS DO CUIDADO

Atendendo ao objetivo de conhecer as principais características do cuidado direcionado ao público AD no CAPSij, construiu-se o eixo temático “Características do Cuidado” a partir das falas e das ações dos profissionais do serviço, seja mediante observação (observação), seja a partir das entrevistas (R) e dos encontros do Grupo Hermenêutico Dialético (grupo). Assim, após análise orientada conforme o método comparativo constante, os resultados desse eixo temático foram distribuídos em duas categorias temáticas, a saber: (1) Características gerais da clínica com a demanda de álcool e outras drogas - público infantojuvenil; (2) Características específicas das atividades dirigidas ao público AD infantojuvenil.

2. Características gerais da clínica com a demanda de álcool e outras drogas - público infantojuvenil

Essa categoria compreende características gerais referentes ao cuidado dirigido às crianças e adolescente em uso de SPA atendidos no CAPSij, mencionadas pelos profissionais. Tais aspectos perpassam todos os cuidados realizados no e pelo serviço. Para melhor compreendê-la, optou-se por dividi-la em: Redução de Danos e o trabalho com o interesse do adolescente; Trabalho com responsabilização, regras sociais e limites; e Manejo com o entorno.

2.1. A Redução de Danos e o trabalho com o interesse do adolescente

A estratégia de Redução de Danos (RD) como uma característica do cuidado direcionado ao público infantojuvenil em uso de substâncias psicoativas foi apresentada por todos os entrevistados, e esteve bastante presente na atuação dos profissionais verificados durante a observação. Faz-se necessário refletir sobre dois aspectos importantes: i. quando se fala de Dano, este não está restrito ao uso da droga, mas também ao prejuízo social, biológico, familiar e psicológico que a criança e o adolescente atendido no CAPSij está sujeito (Araújo, Silva, & Oliveira, 2013); ii. o cuidado pautado na RD implica em trabalhar com o “interesse do

adolescente”, conforme citado pelos participantes, com o engajamento do adolescente em participar do cuidado.

Considerando a complexidade que envolve tal situação, isso requer que o cuidado dirigido à criança e ao adolescente extrapole a questão do uso de droga em si (sem deixar de considerá-lo) e adentre outros contextos circunscritos em sua experiência. Diante disso, os resultados apontam para quatro compreensões importantes no que tange à estratégia de RD dirigida a criança e ao adolescente no serviço: (i) redução do uso; (ii) uma forma de ampliar as possibilidades de relação com o mundo; (iii) uma questão complexa dada a fase de desenvolvimento em que a criança e o adolescente se encontram e (iv) a importância de se trabalhar com o interesse do adolescente.

No que tange à **redução do uso**, verifica-se a possibilidade de pensar o uso sem que esse atrapalhe o desenvolvimento do adolescente¹⁶, a frequência na escola, ou a participação em outras atividades (a procura de um emprego, por exemplo) como na fala a seguir: *“que eles podem usar maconha, mas que eles têm que ir pra escola, que eles têm que né fazer um adolescente aprendiz, ou participar de um curso, que a droga não tome o espaço da vida deles”* R3. Isso pode ser verificado tanto nos grupos com adolescentes, com as famílias, ou mesmo nos atendimentos. Apesar de não ser o foco das atividades, existe um espaço para a discussão sobre a droga e sobre o seu uso. *“[...]Eles perguntam muito, então assim, informando sobre o uso abusivo, é pra que eles pensam e reflitam sobre isso né”* R8.

Seja com a família ou diretamente com o adolescente, nos acolhimentos, especialmente dos usuários que retornavam da internação, a questão da RD no que tange o uso das SPA era discutida, como verifica-se na fala do profissional durante uma observação a seguir: *“e ele diz*

¹⁶ Neste eixo temático será priorizado o termo adolescente, pois as observações e a maioria das falas dos participantes eram dirigidas somente ao adolescente.

que vai chupar uma bala, mexerica... Diz que no final de semana foi a casa de seu pai e encontrou M. no terminal e que ele ofereceu maconha a ele, mas que ele não aceitou” (Observação do Acolhimento-4).

Compreende-se a RD como uma estratégia eficaz porque promove uma prática criativa frente à questão que circunda o uso de drogas, permitindo que o adolescente seja envolvido em seu próprio processo de cuidado (Brasil, 2005b), entenda melhor a sua relação com a droga e, a partir daí, tenha a possibilidade de ressignificar essa relação, produzindo também um saber sobre o próprio cuidado. Dessa forma, a estratégia de RD afirma a autonomia e o diálogo e aponta para um espaço de co-responsabilização, e nesse sentido, pode ser compreendida tanto como clínica como por política. Torna-se imprescindível equilibrar a possibilidade de continuidade de uso “com a oportunidade de, em liberdade, se produzir, com maior autonomia, outra trajetória na qual o uso, ainda que perdure, não seja nocivo aos demais afazeres do dia a dia nem ao desenvolvimento psíquico do adolescente” (Brasil, 2014. p. 46).

Utilizar a RD é uma possibilidade de trabalhar o cuidado no CAPSij, mas, conforme os profissionais, é fundamental avaliar a necessidade e o desejo do sujeito, não excluindo nem o trabalho com RD, nem a possibilidade de trabalhar com abstinência. *“Se o paciente conseguir ir direto para uma abstinência, ótimo, mas tem paciente que não consegue, né então a gente precisa trabalhar com a RD então eu acho que depende muito do caso” R6.* Embora existam reflexões sobre a possibilidade de tratamento por via da abstinência, percebe-se que para os profissionais essa perspectiva se dá muito mais no “olhar de fora”, isto é, de quem não faz parte do serviço, do que a prática dentro do CAPSij. Conforme a fala *“olhar de fora, o cuidado muitas vezes de quem pensa o que seria esse tratamento é trabalhar com abstinência, trabalhar com a medicação” R1.*

A medida em que se trabalha com a compreensão sobre a relação que se estabelece com a droga e com a co-responsabilização no cuidado, permite-se que o adolescente tenha maiores condições de escolher o tipo de estratégia que lhe interesse mais, inclusive a abstinência (Brasil, 2004). Entretanto, a visão de “fora” do cuidado no CAPSij muitas vezes restringe-se à ideia de abstinência, usualmente relacionada a uma proposta de medicalização, e da exclusão que envolvem as ferramentas de “prisão” e “asilo”, indo de encontro com os pressupostos da luta antimanicomial.

[...] temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades de escolhas que são feitas. As práticas de saúde em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (Brasil, 2003c, p. 10).

Acolher sem julgamento e oferecer um cuidado conforme as particularidades de cada sujeito implica em uma compreensão de cuidado pautado no aspecto dialético da clínica junguiana, considerando também que os discursos de cada adolescente acompanhado pelo serviço são atravessados tanto pelo individual como pelo social, dessa forma, sujeitos diferentes apresentam compreensões distintas sobre o fenômeno do uso de “drogas” (Mello, 2007). Assim, há que se escutar cada sujeito para que seja construído junto com ele uma orientação para o próprio cuidado. Nesse momento, a construção de autonomia pode ser acompanhada pela atuação dos profissionais no âmbito dos dinamismos matriarcal (por via do acolhimento e confiança) e patriarcal (buscando um sentido e organização) (Neumann, 1995). Tal percurso de construção de autonomia aponta para uma compreensão da RD como expressão de alteridade (Byington, 1983) visto que o serviço se coloca ao lado do usuário e reconhece a totalidade do sujeito, compreendendo-o como protagonista de sua própria história. O respeito ao indivíduo se torna modelo de respeito nas relações.

Considerando esses atravessamentos individuais, históricos e sociais, os profissionais entendem a RD como uma *“uma forma de ampliar as possibilidades de relação com o mundo”*. Verifica-se dentro do serviço tentativas de inserção dos adolescentes em outros espaços, no sentido de possibilitar a eles atividades que sejam mais atrativas do que o uso da SPA ou o envolvimento com o tráfico. Em diversas situações, nos grupos de vivências, os adolescentes demonstram interesse quando os profissionais apontam que podem tentar conseguir uma atividade para eles ou quando tentam estimular suas potencialidades, ou mesmo quando os demais adolescentes relatam atividades que estão realizando. Tais aspectos contribuem para a ampliação das possibilidades de relação com o mundo: *“O psicólogo pergunta a eles se eles também têm habilidades artísticas. O M. fala que escreve, o P. faz origamis e pinta. Depois a enfermeira me fala que ele tem ensinado os meninos do abrigo a fazer origamis e fala do pássaro que ele fez”* (Observação Grupo de Vivências - 9).

A estratégia de RD pode ser compreendida como uma estratégia de expansão de vida (Lancetti, 2009). É preciso ter em mente que as pessoas podem usar SPA como um recurso para lidar com várias situações adversas da vida (Silveira Filho, 2002), tais como falta de moradia e de acesso à escola, fragilidade familiar, pobreza afetiva e estrutural, entre outros (Brasil, 2014). Situações essas bastante presentes na vida dos adolescentes acompanhados no CAPSij. Apesar de a situação das drogas não afetar somente uma classe social, "as condições de violência estrutural contribuem para o problema no segmento populacional com precárias condições materiais" (Araújo, Silva, & Oliveira, 2013, p. 146). Diante dessas precárias condições materiais, o envolvimento com o tráfico, com a droga e com delitos, muitas vezes passa a fazer parte do cotidiano desses adolescentes atendidos no CAPSij, sendo essa a possibilidade de existência visualizada e muitas vezes vislumbrada por eles. Neste sentido, a RD deve se dar no território de forma a tentar amenizar os prejuízos provocados por essa violência estrutural

(Araújo, Silva, & Oliveira, 2013), por meio da oferta de acesso a outros recursos que abram possibilidades de estar e ser na vida, tais como o interesse por cursos, esporte e educação.

Entretanto, apesar do interesse dos adolescentes em algumas atividades, as tentativas dos profissionais em buscar espaços de inserção para os adolescentes são muitas vezes frustradas, pela falta de vaga ou pelo adolescente não atender aos pré-requisitos necessários à vaga. *“Tem que tá estudando, tem que ter registro na escola. Se não tá matriculado não dá...ou a questão é contrária? A partir da nataçõa a gente pode...sensibilizar esse menino a retornar pra escola então às vezes falta...”* R1.

Tal situação traz uma dificuldade para a efetivação de um cuidado perpassado pela Redução de Danos. Ainda que a política objetive minimizar os prejuízos sociais, é complicado colocá-la em prática, pois as possibilidades de inserção dos sujeitos em outros contextos, que não o do uso de SPA e do tráfico, apresenta dificuldades. Assim, um recurso que poderia ser utilizado como expansão de vida e conseqüentemente como Redução de Danos, pode ter efeito contrário, funcionando como segregador e marginalizador. Cabe discutir se as exigências para a inserção dessa clientela nos serviços não estariam afastando a possibilidade de um trabalho mais efetivo, e se não valeria repensar a forma de inserção para esses casos, refletindo que o envolvimento de adolescentes nesses contextos de atividades poderia estimulá-los ao retorno das atividades escolares, a percepção de outras formas de relacionamento com o contexto social e, conseqüentemente, a redução do envolvimento com o contexto da droga e do tráfico.

Apesar da direção do cuidado no CAPSij estar atrelada à Política de Redução de Danos, percebe-se para uma parte dos profissionais uma reflexão diferente no que tange a população infantojuvenil, especialmente pela complexidade dada *“a fase de desenvolvimento em que a criança e o adolescente se encontra”* R4. Por conta dessa fase peculiar, levanta-se o questionamento por alguns profissionais se a criança e o adolescente teriam maturidade para

decidir sobre o uso, e se as decisões sobre o cuidado não teriam que ser mais ágeis dado o desenvolvimento infantojuvenil se dar de forma bastante rápida.

Com criança a gente não pode esperar muito não. Tudo é muito rápido, o desenvolvimento é rápido, a deterioração é rápida, sabe, mas também a recuperação é rápida, entendeu. Tudo é rápido, então se a gente for deixar esperar, ah, o consultório de rua vai pegar e trazer pra cá, e chega aqui, crianças, né menor de idade, elas chegam aqui e vão embora, estão sozinhas, soltas. R2.

Entende-se que esse grupo tem a característica forte de vulnerabilidade, que além das questões sociais, envolve um processo de desenvolvimento que ainda requer proteção e, neste sentido, as estratégias de RD, que implicam em co-responsabilização do cuidado, podem parecer inadequadas, sendo tal percepção compartilhada por diversos meios (Passos, & Lima, 2013). Entretanto, a proteção integral, prevista no ECA (2004), não invalida o processo de construção de autonomia e não implica em independência da criança e do adolescente. Esta precisa ser oferecida e facilitada, seja pelo estado ou pela família, por meio de acesso para recursos que possam reduzir os danos advindos do contexto de envolvimento com a droga (Brasil, 2014). Além disso, Passos e Lima (2013) pontuam que alguns desses adolescentes já se encontram em situações de rua, e têm necessidade de cuidados de saúde, assim, as estratégias de RD facilitam a criação de relacionamentos, como mediador para receber cuidados, o que de outra maneira não seria possível de se desenvolver.

Entende-se que a adolescência, numa perspectiva junguiana, envolve um momento existencial peculiar. Diante disso, o adolescente é convocado à transformação, tanto no âmbito biológico, social e psíquico. No âmbito psíquico, o dinamismo da alteridade é constelado de maneira e se contrapor aos dinamismos parentais. Nessa direção, a transgressão (da lei patriarcal) torna-se um fator significativo nessa fase do desenvolvimento, possibilitando um “abrir-se ao outro”, sendo impulsionado “para a aquisição de uma outra identidade que não a mera repetição do modo familiar” (Silveira Filho, 2002, p. 56). Desta forma, se não há um

espaço para que o adolescente possa constituir-se em uma nova identidade, e isso é possível quando o mesmo é ouvido e entendido como responsável por sua demanda, o adolescente não somente não irá vincular-se ao cuidado, como perderá uma possibilidade importante de lidar com os aspectos de seu desenvolvimento psíquico de forma segura. Isso aponta para a importância da estratégia de Redução de Danos, tanto politicamente como clínica, no sentido de favorecer o processo de individuação do adolescente e do seu interesse e implicação nesse processo.

O fato de o CAPSij *não trabalhar com obrigação e sim com interesse do adolescente*, fala repetida por alguns profissionais, é importante ser discutido especialmente porque verifica-se que muitas vezes a criança ou o adolescente é direcionado ao CAPSij pela justiça ou pelo desejo da família, e não pelo próprio interesse: *“mas o adolescente não vai querer vir”, “mas é importante que vocês [família] venham...porque a gente não trabalha com obrigação”. “Mas a justiça obrigou ele vir aqui’ assim, então a gente não trabalha com obrigação a gente trabalha com desejo”* R1. Isso poderia reduzir a implicação do usuário no cuidado, e percebe-se que em muitas situações o adolescente sequer chega ao serviço. Além disso, ainda que compareçam ao CAPSij, se não houver uma implicação no tratamento esse não se faz de maneira efetiva. Um exemplo se dá quando há necessidade de uso de medicação para auxiliar na redução do uso, ou na abstinência: *“a medicação tá ali pra dar um suporte né, se a criança ela não quiser parar, não vai adiantar”* R6.

Percebe-se frequentemente encaminhamentos ao serviço como uma forma de punição ou proteção social do que propriamente a necessidade de cuidado psicossocial. *“O adolescente C. fala que vem obrigado. A adolescente pergunta porque? C. diz que foi preso por latrocínio, diz que não matou, mas que dirigia o carro”* (Observação-Grupo de Vivência-10). Ainda que envolvido nessas situações, os profissionais do CAPSij tentam contornar a “obrigação”, buscando o interesse do sujeito. Verifica-se isso em um acolhimento no qual houve participação

do pesquisador: “*a enfermeira pontua que o conselho tutelar acionou o CAPSij pra retomar o tratamento [...]mas que eles poderiam conversar às vezes, que ele podia falar se tivesse com vontade de usar drogas...*” (Observação Acolhimento-4).

Importante construir com os adolescentes, respeitando seu ritmo, ambientes que ofereçam condições e segurança para que as escolhas sejam elaboradas de forma a confluir com seu desenvolvimento psíquico. Isso requer que tanto os profissionais do CAPSij, como os familiares e demais profissionais envolvidos nesse cuidado “assumam condutas de abertura ao diálogo, de transmissão de informações e de construção compartilhada de conhecimento, de acolhida as dúvidas e de suporte à emancipação gradual e responsável (Brasil, 2014, p. 15). Isso é possível a medida que se compreende a criança e o adolescente como “detentores de lugares autênticos de fala” (Brasil, 2014, p. 23), e que o serviço se coloca em um lugar de parceria (dialético) com o adolescente nesse processo e não assume o lugar detentor de um saber único acerca desse cuidado. Conforme Whitmon (2014), o processo terapêutico não se propõe falar ao paciente sobre ele mesmo, mas colocar o paciente em contato consigo mesmo. Essa compreensão é fundamentada na ideia de Jung de que a psique possui também um potencial de cura.

O interesse real pelo tratamento por parte do adolescente, numa compreensão junguiana, se estabelece em grande parte num momento de “crise¹⁷”, em que o produto e a relação com a droga e com seu entorno já não é capaz de promover o “paraíso artificial”, e o sofrimento advindo do uso pode tornar-se maior que os benefícios, vendo-se assim obrigado a confrontar a impotência e a falta de esperança. Nesse momento a entrada do agente terapêutico pode ser melhor recebida (Silveira Filho, 2002). Essa solicitação, ou aceitação da ajuda, não necessariamente fala de uma busca por uma alternativa à conduta relacionada às SPA, mas de

¹⁷ A crise, nesse sentido, instala-se quando, ao mesmo tempo, não se consegue viver com a droga e sem ela.

uma necessidade de restabelecer um tipo de relação idealizada anteriormente com a droga, relação esta que a droga deixou de oferecer (Silveira Filho, 2002).

Os toxicômanos se caracterizam por um padrão de uso de drogas em que o elemento dependência assume papel de destaque na relação dual indivíduo-droga. [...] O toxicômano é um indivíduo que se vê diante de uma realidade objetiva e subjetiva insuportável a qual não consegue modificar ou a ela adaptar-se. A conduta toxicomaniaca apresenta-se então como alternativa para a situação: diante da impotência completa ante uma realidade insuportável, somente lhe resta como recurso a modificação da percepção dessa realidade através da utilização da droga. A vida só se torna possível com a droga. Nessa fase a droga cumpre o seu papel viabilizando a existência do toxicômano (Silveira Filho, 2002. P. 57).

Assim, no momento da crise, é quando se percebe que os prejuízos obtidos com a relação com a droga e com seu entorno (tráfico, ameaças e violência sexual, por exemplo) são muito maiores que o prazer e demais benefícios obtidos com essa relação. Nesse sentido, a “droga” não mais cumpre a função de vitalizadora da existência, e a função de estancar ou amenizar um sofrimento social ou psíquico já não é exercida pelo uso da droga, ao contrário, ela torna a realidade ainda mais insuportável.

Quando se fala do interesse ou falta do interesse do adolescente em relação ao cuidado e de sua ausência no CAPSij, surge o questionamento, por parte dos profissionais durante o Grupo Hermenêutico Dialético, se essa ausência poderia estar relacionada também ao que era oferecido ao adolescente no serviço. Isso se reflete nas discussões de quanto o serviço encontra-se preparado para receber essa população, não sendo atribuída somente ao adolescente a “responsabilidade” pela sua ausência de demanda. *“Eu acho que a gente também tem que perguntar por que que ele não tá?[...] O que é que a gente tem pra oferecer? Então a diferença não é só botar na conta dele... não serem que que ele acha que que é importante pra ele que faz diferença na vida dele que vai mudar a situação atual dele”* (Grupo1).

O “estar preparado para receber esse adolescente”, numa perspectiva junguiana, implicaria em uma contínua construção de um espaço que viabilize uma atuação criativa frente à vida, incluindo o sofrimento, o que implicaria em desenvolver capacidades de transcender as dificuldades. Aqui, faz-se necessário compreender o sofrimento como um elemento da experiência de vida do adolescente, e que ele poderá ser mais suportável a medida que for compreendido como uma “estrada capaz de conduzir não apenas à dor e a aniquilação, mas também a um alargamento e aprofundamento do sentido de ser da pessoa” (Whitmont, 2014, p. 258). Isso requer uma compreensão de que o Ego é potencialmente capaz de construir formas de cuidado de si mesmo, mas que em momentos em que a integridade desse ego é colocada em cheque (nos momentos de crise), se faz necessário também oferecer ao adolescente um lugar de continência, “O chão seguro para acolher a totalidade das crianças e ampará-la” (Lima Filho, 2015, p. 74).

Se por um lado a questão do interesse do adolescente no cuidado no CAPSij mostra-se como uma característica importante para o cuidado dos adolescentes em uso de SPA, por outro aponta-se como uma dificuldade para os profissionais:

[...] Eu não consigo fazer ele levantar assim coisas de interesse que a gente possa tá criando, a gente indo pra que a gente possa ver um outro sentido pra vida dele né então assim eu fico muito limitada quando eu não tenho assim do adolescente algo tipo que a gente pode pensar em fazer escola mas não quero voltar pra escola; você tira de onde a vontade? (Grupo I).

Nessa direção, ainda que aparecesse pouco nas falas dos profissionais, há também um incômodo no que tange a esperar pela demanda das crianças e dos adolescentes, especialmente pela complexidade em se cuidar dessa população quando se encontra em situação de rua: “[...] eu ainda não absorvi direito essa questão dessas crianças na rua, esperar a vinda delas, esperar que ela... o desejo delas” R2.

Uma das características da prática clínica, em especial da junguiana, é a necessidade de conhecer o sujeito que é cuidado, suas peculiaridades, interesses, dificuldades, para, a partir de então, construir continuamente a relação terapêutica, envolvendo também a utilização de recursos terapêuticos. Dessa forma, ao se questionar “o que o serviço tem a oferecer?” É preciso pensar em “oferecer a quem?”. Daí a importância de se conhecer melhor as particularidades de cada usuário que é acolhido e acompanhado pelo serviço. Isso requer uma implicação não somente do adolescente, mas do serviço como um todo. Cabe então refletir se a ideia “a gente não trabalha com a obrigação, mas com o interesse...” também precisa ser melhor elaborada e assimilada por parte dos profissionais, pois como verificado anteriormente (Eixo 1), essa visão não é consenso para toda a equipe. Seria importante que ambos, adolescente e agente de cuidado, estivessem abertos ao que é novo e inesperado no cuidado ao adolescente AD. Nesse sentido, e entendendo que a política pública de saúde à criança e adolescente indica que “É preciso reconhecer as resistências e dificuldades dos profissionais de saúde em atender esta clientela e pensar em estratégias de superá-la” (Brasil, 2014, p. 24), faz-se necessário que a política também ofereça meios para tal, tais como educação continuada e supervisão clínica, sendo esta última apontada pelos profissionais como ausente no CAPSij por bastante tempo.

2.2. Trabalho com responsabilidade, regras sociais e limites

A questão da responsabilização, regras sociais e limites a serem trabalhados com os adolescentes, não diz respeito somente ao uso de SPA, mas também a questões do âmbito social, como compreender os espaços e os momentos onde determinadas atitudes podem ou não ser realizadas. Verificou-se que dentro do CAPSij situações que em outros espaços não seriam bem aceitas, tais como o uso de gírias ou o “ouvir funk”, não são proibidas, ao contrário, estabelecem-se como um elemento socializador entre os adolescentes e mediador das relações desses com os profissionais. Diante disso, em algumas situações, discute-se sobre os momentos apropriados para cada tipo de atitude, sem que isso implique em deixar de realizar as atividades

que gosta, por exemplo: [...] eu acho que é o que a gente tenta fazer com os meninos, que eles consigam dar conta do que é colocado pra eles, agora que é escola né, que é o respeito a família, né, que é os limites que a gente né que as famílias tentam colocar, né, que a droga não tome conta desse, de todos esses espaços que eu consigo caminhar. R3.

O Funk e o uso de gírias são elementos que favorecem a inserção dos adolescentes nos grupos, inclusive no grupo de vivências, e tal questão é importante pois o grupo funciona como um componente de identificação para os adolescentes. No entanto, a medida que no processo terapêutico o adolescente vai objetivando a inserção em outros ambientes, que não somente o tráfico, se faz necessária uma adaptação a esses novos espaços, sem, entretanto, excluir seus interesses. Assim, entende-se que os profissionais auxiliam os adolescentes orientando e promovendo espaços de compreensão e construção das atitudes e comportamentos que são requeridos nessa adaptação ao contexto social, até então não vivenciado. A partir de uma atitude terapêutica com a finalidade de estruturação do dinamismo patriarcal, o adolescente passa ao processo de construção de uma *persona* mais adaptada aos demais contextos sociais que pretende se inserir.

Por *persona* (Jung, 2015) entende como um conjunto de papéis sociais desempenhados pela pessoa, tendo por objetivo intermediar as relações entre o indivíduo e a sociedade. Assim, ela tem uma função adaptativa, não podendo ser rígida, visto que está ligada ao ambiente externo e que o ser humano é atravessado por vários contextos sociais. Além disso, a *persona* orienta-se também pelo processo de desenvolvimento de cada indivíduo. A *persona* do adolescente em envolvimento com drogas e com o tráfico muitas vezes se fixa no processo de adaptação a esse ambiente, e isso é algo que se verifica fortemente no início dos processos terapêuticos no CAPSij, onde suas relações e comunicações envolvem por exemplo, o tráfico,

o baile funk e os conhecidos nos “morros¹⁸”. Percebe-se assim, uma identificação do Ego com a *persona*, o que para a psicologia analítica não compreende um processo saudável (Jung, 2015).

Nessa direção, entende-se que *persona* pode se configurar-se como uma defesa contra uma realidade social que o indivíduo não consegue se adaptar ou se vê excluído (a cidade para além dos “morros”). Assim, a personalidade, se alimentando das defesas arquetípicas do espírito do grupo (Singer, 2003), fixa o indivíduo em uma perspectiva unidimensional, isto é, ligada ao tráfico.

Ao passo que no ambiente “seguro” do CAPSij os profissionais e os demais adolescentes estimulam a compreensão e relação com outros ambientes, seja somente pela fala, seja na inserção em outros territórios (dentro e fora do CAPSij). Tem-se uma espécie de “treino de capacitação egóica, de cunho pragmático, orientado para o exterior e suas exigências. A qualidade de identidade alcançada ainda não se pode definir como pessoal, pois preserva uma fidelidade ao coletivo. A pessoa elege o segmento que apoiará a formação de sua *persona*, agora a serviço da inserção social” (Lima Filho, 2015, p. 265).

Dentre os comportamentos trabalhados com os usuários, alguns eram proibidos dentro do CAPSij. Esses envolviam a venda de drogas, furtos e brigas e o uso de substâncias psicoativas (o adolescente era acolhido no caso de estar sob o efeito, mas o uso dentro do serviço era vetado). Tais regras são estendidas às situações em que saem do CAPSij sob a responsabilidade dos profissionais, como nos passeios: “*Antes de sair os profissionais conversaram com os adolescentes. Falaram que eles precisam fazer uns acordos dentre os*

¹⁸ “morro”, na cidade onde foi realizada a tese, é sinônimo de favela.

quais não fumar maconha lá, pois se um guarda os pega é responsabilidade dos profissionais, e ficarem juntos” (Observação Grupo de Vivências 12).

Apesar dos acordos, e dos adolescentes inicialmente relatarem estar concordantes com a proposta, observou-se situações em que os mesmos burlavam as regras, usando droga dentro do CAPSij, geralmente escondidos. Usualmente, os adolescentes pareciam “respeitar” a presença dos profissionais. Em poucas situações observou-se o contrário conforme o relato: *“A quadra está fechada e eles ficam em um campo aberto...fumando maconha ao ar livre, perto de um profissional e alguns não o atendem quando ele pontua que ali não é o lugar disso. Um dos adolescentes de longe fala “nossa, ele tá fumando na frente do profissional”* (Observação Grupo de Vivências 12).

É importante sinalizar outra questão interessante que diz respeito ao uso de SPA, ou nos passeios ou perto do CAPSij. Percebe-se que os profissionais não advertiam os adolescentes quando estes usavam drogas (maconha) antes do grupo, e se algum adolescente estivesse sob o efeito, esse assunto não era levantado. O problema se estabeleceu em situações em que os adolescentes usaram SPA dentro do serviço (e ofereceram a usuário com sofrimento psíquico decorrente de transtorno mental grave e/ou persistente). Tais situações trouxeram bastante desconforto à equipe e podem apontar para uma mudança no que tange às relações terapêuticas estabelecidas entre profissionais e adolescentes, que parece ter disparado nos profissionais reflexões sobre o lugar que os adolescentes estariam atribuindo a eles e ao CAPSij, especialmente pela demanda que usualmente não é dos adolescentes, mas da justiça ou da família. A partir de então, foi necessário repensar também a atividade e, conseqüentemente, o lugar do adolescente no cuidado, que será trabalhado em outro eixo desta tese.

É necessário refletir aqui sobre o cuidado com os “cuidadores”. Segundo Jung (2012), o que o terapeuta não suporta, o paciente também não irá suportar, assim, pode-se entender que

o desconforto da equipe aponta para a necessidade de repensar o imaginário afetado pelos complexos culturais (Klimbes, 2003) que envolvem o grupo em que o “adolescente que usa drogas” está circunscrito.

O processo de orientação pragmática para vida, conforme Silveira Filho (2002), precisa operar num contexto transferencial no processo terapêutico no CAPSij. A atitude do agente terapêutico terá como um dos objetivos estruturar o dinamismo paterno, cuja lei poderá ser transgredida ou barganhada. A aceitação e o “estabelecimento de limites”, dentro de uma dinâmica transferencial, vão permitindo ao adolescente vivenciar os aspectos paternos na figura do agente de cuidado ou no serviço. Isso é importante, pois, segundo o autor, observa-se com frequência na história de vida de pessoas que realizam uso nocivo de droga um representante paterno “[...] ausente ou demissionária, decorrendo daí uma imagem paterna extremamente fragilizada. O pai concreto vivido na pessoa do analista vai mobilizar o arquétipo do pai no inconsciente do paciente, humanizando-o” (Silveira Filho, 2002, p. 67).

É importante esclarecer que na abordagem junguiana, no que tange a compreensão do dinamismo patriarcal, o “colocar limites” não se relaciona a “reprimir”. Os limites se referem ao aspecto continente da relação terapêutica, que recebe o paciente e lhe possibilita encontrar a própria forma. O limite, assim, fala do aspecto formativo ou de desenvolvimento da personalidade do paciente. Dessa maneira, se num primeiro momento a transgressão é tolerada, por exemplo, no não cumprimento de alguns acordos, como presença e agendamentos, em outro ponto elas precisam ser elucidadas e elaboradas, visto que se estabelecem não de forma prospectiva, visando ao desenvolvimento, mas podem se configurar como um caráter regressivo. “Não obstante merecem continência adequada para que não sejam meramente reprimidas da consciência” (Silveira Filho, 2002, p.68).

Esse processo de transição entre uma postura tolerante e um elemento que coloca limites pode se configurar como um nível elevado de tensão no contexto transferencial, muitas vezes sendo necessário a entrada de um outro elemento nessa relação terapêutica, daí a importância de se trabalhar em equipe, e que mais de um profissional tenha entrada para relacionar-se com os adolescentes em uso de SPA no CAPSij. Dessa forma, no serviço, o princípio de Logos¹⁹, que são estabelecidos pela estruturação patriarcal, precisam atrelar-se ao Eros: Logos, significa o reconhecer, distinguir e o julgar, o reconhecer; e o Eros o colocar-se-em-relação (Jung, 2012c). Assim, a lei será estabelecida em conjunto com a relação.

A medida que a articulação ocorre, é possível abrir espaço para o desenvolvimento do Logos. Esse cuidado visa orientar o adolescente para sua relação com o mundo, inclusive nos aspectos de proteção de sua integridade, seja em situações de maior vulnerabilidade, como as citadas anteriormente, seja no processo de adaptação ao contexto social (Silveira Filho, 2002), como as responsabilidades, regras sociais e limites. Se, por outro lado, esse aspecto se estabelece de maneira rígida, e sem articulação com Eros, não se abre para o adolescente um espaço para elaboração e assimilação desse cuidado, e, diante da rigidez, especialmente em se tratando do adolescente, a possibilidade de rompimento com a relação estabelecida com o serviço aumenta.

Nessa direção, verifica-se que a necessidade, em alguns momentos, de trabalhar com o limite, que parece ser importante para o cuidado dessa população, precisa estar atrelada à reflexão de como trabalhar tais limites. Em sua maioria, percebe-se que essa característica no CAPSij se estabelece por meio do diálogo, o que requer que o adolescente também se posicione quanto a esse limite. Foram poucas as situações em que o limite ou a regra foram impostos,

¹⁹ O Logos compreende a capacidade do indivíduo de perceber a separação com o mundo que o rodeia, transformando-o em objeto, e possibilitando seu reconhecimento e a reflexão sobre ele (Jacoby, 2008); O Eros é compreendido como a capacidade de colocar-se em relação com o outro.

verifica-se que os profissionais optam por trabalhar com a autonomia dos sujeitos. Ao trabalhar com a autonomia, conseqüentemente trabalha-se com a responsabilização, seja em situações ocorridas no CAPSij, seja por meio da conversa. Nesse sentido, é importante salientar as tentativas de inserir o sujeito como protagonista do próprio cuidado, sendo uma das formas de trabalhar com a responsabilização:

Entram na sala duas adolescentes. A médica que está dentro da recepção as chama para perto, perguntam como estão. Uma delas fala dos remédios que passaram pra ela, e que a dor está passando. A pediatra pergunta a outra adolescente se ela fez o exame [betaHCG] e ela responde que não. A pediatra fala: eu vou cuidar de vocês, mas vocês também tem que cuidar de vocês. (Observação Livre 1).

Diante dos desconfortos sociais (seja pelo limite interno e externo, seja por situações que requerem cuidados mais específicos e implicação do adolescente) os adolescentes podem sentir-se melhor amparados não somente pelo limite, mas pelo sentimento de segurança básica, constituída especialmente pela relação com o dinamismo matriarcal (Lima Filho, 2002). O sentimento de segurança fundado no dinamismo patriarcal, por outro lado, com seu “limites humanizadores”, se dá sobretudo em relação ao grupo social mediante apresentação dos códigos sociais referentes a esse grupo.

No que tange ao sentimento de segurança constituído pelo materno (básico), há a promoção do que Neumann (1995, p. 51) chama de Eu-integral-positivo, onde “a impressão genérica de que as adversidades da vida serão contornadas pelo manto protetor da mãe” (Neumann, 1995; p. 51). A criança começa a confiar que o desfecho das situações, ainda que conflitivas, será favorável. Inicialmente tal segurança permanecerá externalizada na figura do representante materno ou do agente terapêutico. Somente posteriormente o elemento protetor será internalizado (Lima Filho, 2002; Neumann, 1995). Sequencialmente, o sentimento de segurança pautado no dinamismo paterno (secundário), caracteriza-se pela inserção de um processo de instrução e de responsabilidade pessoal.

O sentimento de segurança básica é o protótipo da confiança no outro, no mundo e no bem-sucedido do fluxo exterior das coisas, de cujas intempéries a criança se sente abrigada. O sentimento de segurança secundário proporcionado pela relação com o pai, diferentemente, instaura a responsabilidade pessoal, no sentido da deliberação e da vontade, dado que o pai e sua tecnologia são o supervisor e o instrumento de intervenção e movimento no mundo. O filho é apenas, na melhor das hipóteses, operador e seguidor. Embora o sentimento de segurança secundário seja o protótipo daquilo que será mais tarde confiança em si, num primeiro momento ainda é experimentado como confiança no pai e na consistência de seus ensinamentos (Lima Filho, 2002, p. 251).

O cuidado pautado no dinamismo paterno auxilia a promoção de continência e contorno, dentro dos quais o adolescente poderá mover-se. Esses contornos/limites, espaciais e temporais, são responsáveis pela transição da identidade infantil para uma nova identidade. Tais processos são imprescindíveis para a compreensão de diferenciações e da compreensão do limite Eu-Mundo e, conseqüentemente, Eu-você, e “para instrumentar o filho para confrontos, para as adversidades e alegrias da vida” (Lima Filho, 2002, P. 254).

2.1.3. Lidar com o entorno: território e serviços

Verifica-se que os adolescentes AD acolhidos no CAPSij apresentam questões sociais muito delicadas e complexas, tais como o envolvimento com o tráfico, dificuldades nas relações familiares, muitas vezes sendo questões mais fortes que o uso de droga em si. Dessa forma, uma das características do cuidado é estar atento ao entorno da droga e lidar com ele, como podemos verificar na fala do profissional: “*acho que tá sempre muito atento com o que tá no entorno do uso da droga né, [...] Muitos adolescentes eles não tem tanto comprometimento com a droga né, eles usam a droga mas assim, a questão maior é o tráfico*” R8.

Isso aponta para um posicionamento frente ao cuidado do adolescente em uso de SPA em que, mais significativo que o uso da droga em si, é a relação que se estabelece com esse

objeto, e para que isso está sendo importante na vida desse sujeito. A partir de então, é possível trabalhar no sentido de reatualizar os símbolos/ dinâmicas constituintes das relações que esse sujeito estabelece com o mundo externo e consigo mesmo. Aqui, pode-se pensar tanto na questão individual como na social, pois, no caso dos adolescentes acompanhados no CAPSij, o envolvimento em situações de violência estão fortemente presentes, realidade esta verificada por outros autores (Minayo, & Deslandes, 1998; Passos, & Lima, 2013).

Em torno de 58,7% das mortes de adolescentes entre 15 e 19 anos estão relacionadas à violência (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas [SENAD], 2009). Dentre esse número, a maioria das mortes acontecem entre jovens que são negros e pobres (Waiselfisz, 2015), realidade mesma que os adolescentes que são acompanhados no CAPSij. Quando relaciona-se esse contexto à questão da drogas, as explicações causais não são elucidativas, dada a complexidade da situação, mas "o que podemos inferir é a alta proporção de atos violentos quando álcool ou drogas estão presentes" (Minayo, & Deslandes, 1998, p.37). Os riscos que são constituídos no contexto socioeconômico, decorrentes da pobreza, falta de moradia, de acesso a educação e saúde, bem como a exploração ao trabalho e a exposição a diversos meios de violência, não somente influenciam ao gozo de oportunidades e direitos da criança e do adolescente nesse contexto (Brasil, 2014), mas também precisa ser ponderado que o uso de drogas pode ser alimentado como uma maneira de lidar e suportar essas situações adversas (Brasil, 2014; Silveira Filho, 2002).

Devido a esse entorno, os adolescentes muitas vezes colocam-se em situação de risco ou mesmo sofrem ameaças de morte, sendo necessário uma intervenção mais pontual no que tange aos riscos, como verificado nas observações: *“A ameaça é uma situação específica de um fato que ele perdeu a droga e essa pessoa está ameaçando a ele. Não pode frequentar algumas escolas por conta disso”* (Observação Reunião2).

Em decorrência desse risco, o CAPSij precisa atuar em conjunto com outras instituições, tais como Conselho Tutelar, PPCAAM (programa de proteção à criança e adolescente sob ameaça de morte), como visto anteriormente (Eixo 1) ao se falar sobre intersetorialidade. Durante a observação, pode-se acompanhar situações em que foram necessários alguns contatos e reunião entre membros de serviços diferentes. *“Participaram da reunião: diretora do CAPSij, técnica de referência do adolescente em situação de ameaça, CREAS e PPCAAM. [...]A Diretora pontua que o CAPSij achou importante trazer outros serviços porque essas coisas atravessam a questão da saúde”* (Observação Reunião2).

Nesse sentido, verificam-se as tentativas de utilizar-se de estratégias amplas que abarquem ações intersetoriais, num contexto de saúde integral, tais como educação, assistência social, cultura, lazer e esporte, e “que deem conta de responder às carências e às demandas identificadas. É fundamental criar novas formas de sociabilidade para crianças, adolescentes e suas famílias” (Brasil, 2014, p. 41).

Fala-se aqui, novamente, da importância do olhar para o sujeito a ser cuidado de forma integral e única. Silveira Filho (2002) pontua que há que se entender que a trajetória de vida de cada sujeito, incluindo seu “encontro com a droga”, também se estabelece como uma experiência singular, que possui um significado único para cada sujeito. Contudo, cabe atentar-se também para o significado de sua relação com a droga, dentro de seu contexto social, cultural e familiar.

2.2. Características específicas das atividades dirigidas ao público AD infantojuvenil

A segunda categoria contempla características específicas das atividades realizadas com as crianças e adolescente AD, dentre as quais “não ter protocolo”; “ser atrativo”; “tirar o foco da droga”; e “flexibilidade e dinâmica”.

2.2.1. Não ter protocolo

Não há um protocolo de atendimento. No que diz respeito às atividades, os profissionais apontam que, com o protocolo, correriam o risco de enrijecer a prática de cuidado, e que dada à variabilidade dos sujeitos *“não tem receita de bolo, não tem os protocolos são difíceis de serem construídos e serem seguidos”* R5.

Como as demandas dessa população são bastante variáveis, muitas vezes o que é oferecido falha, o usuário não quer, então percebe-se que em diversas situações os profissionais optam por construir as atividades junto com os adolescentes. Entretanto, discutir meios de realização de cuidados se faz necessário, assim como ter opções de atividades para disponibilizar para o sujeito, bem como pensar num fluxo para a condução dos casos. Tal aspecto parece ser importante para viabilizar a realização do cuidado mesmo por profissionais que não tem muita experiência com a demanda. *“Tendo este processo, não tem protocolo, mas esse fluxo, qualquer profissional que chegar com alguma questão de adolescente AD já sabe qual é, o fluxo do CAPSij está construído”* (Grupo1).

Protocolos são rotinas de ações de cuidado, recomendações desenvolvidas sistematicamente visando facilitar o manejo em situações de saúde, tais como os tratamentos que podem ser utilizados pelos profissionais para atender determinados problemas de saúde (Brasil, 2008). Os protocolos podem ser construídos tanto a partir de conhecimento científico,

como a partir da experiência dos profissionais no planejamento e execução das ações de cuidado. Para sua utilização, entretanto, faz-se necessário uma responsabilização do profissional de saúde (e equipe) quanto à escolha da melhor estratégia de cuidado, sendo, portanto, imprescindível um equilíbrio entre o que é cientificamente orientado e o que é possível e importante em cada serviço (Werneck, Faria, & Campos, 2009).

O cuidado a ser tomado, em relação às crianças e adolescentes em uso de SPA acompanhados pelo CAPSij, é que sendo esses detentores de “lugares de fala” e sujeitos, em singularidade, “não é possível pensar em tratamentos e abordagens terapêuticas de forma homogênea e prescritiva” (Brasil, 2015, p. 23-24). Entende-se que os protocolos não respondem a todas as situações, especialmente do que tange ao público acompanhado. Entretanto, cabe discutir se diante do receio de tornar a utilização de um protocolo uma rotina rígida e prescritiva, o fato de não pensar em construir fluxos de cuidados estaria favorecendo uma fragilidade na oferta e condução das ações de cuidado aos adolescentes em uso de SPA.

Percebe-se que a realização e ou direcionamento para atividades ou cuidados específicos depende também das características do sujeito, do contexto sociofamiliar, da situação em que o adolescente se encontra no momento e, por conta disso, criar protocolos torna-se mais complexo. Além disso, há intercorrências com as quais os profissionais precisam lidar, e nem sempre existe um fluxo pré-estabelecido para essas situações.

Entendendo o sujeito em sua singularidade, reflete-se sobre a importância da relação dialética, que envolve o diálogo entre os saberes dos dois sistemas (usuário e serviço/profissional), para que a construção de um novo “conhecimento” se estabeleça. Isso requer tanto a participação do adolescente como a participação do profissional, que em muitas situações não consegue pensar nas possibilidades, do que construir em conjunto com o usuário. A “receita de bolo” não precisa ser rígida, mas uma base e um conhecimento se faz necessário

para construção de um “bolo singular” para cada adolescente acompanhado. Diante disso, especialmente visando auxiliar a inserção dos profissionais menos experientes com a questão que envolve álcool e outras drogas, se faz necessário o conhecimento de um fluxo de acompanhamento para que a organização do serviço não pareça perdida.

Discutir meios de realização de cuidados se faz necessário, assim como ter opções para disponibilizar para o sujeito, bem como pensar em possíveis fluxos para a condução dos casos. Tal aspecto parece ser importante para viabilizar a realização do cuidado mesmo por profissionais que não têm muita experiência com o cuidado dirigido ao público AD infantojuvenil, sem, entretanto, caracterizar uma prescrição de rotinas e tratamento, mas sim oferecer recursos para pensar a direção e construção de cada PTS.

2.2.2. Ser Atrativo

Para que se torne viável a participação desses sujeitos no cuidado, os profissionais apontam que se faz necessário que o cuidado seja atrativo. Verifica-se assim, que é fundamental que as crianças e adolescentes AD tenham vontade de participar, e que sejam construídas atividades no CAPSij consideradas interessantes para eles “*não é só uma coisa que a gente acha legal, eles tem achar*”^{R4}. Os passeios eram as atividades onde havia mais presença dos adolescentes, supõem-se, portanto, que era a atividade que mais atraía a atenção deles.

Verificou-se também que a utilização do lúdico nas atividades em grupo pode ser considerada uma forma de tornar a atividade mais atrativa. Os grupos de vivência com os adolescentes AD eram em sua maioria mediados pelos jogos, artes, ou outras ferramentas que tivessem características mais lúdicas, como no exemplo que se segue: “*Os profissionais distribuem as cartelas de bingo [...] Inicia-se o jogo, e aos poucos o psicólogo vai perguntando algumas coisas para os adolescentes: idade, pergunta qual a programação do final de semana,*

e pergunta para o adolescente L, pergunta pela casa, pela escola...” (Observação Grupo de Vivências 2).

Entende-se que o brincar pode ser uma atividade simbólica, e como tal possibilita a integração dos diferentes níveis de realidade humana, oportunizando que o indivíduo se lance para o mundo comum (Moraes, & Tristão, 2014). Mas, sobretudo, é uma atividade que torna mais fácil o acesso da criança e do adolescente aos meios simbólicos, porque se refere a atividades que envolvem prazer, diversão e, conseqüentemente, que despertam o interesse dos usuários. No que diz respeito especialmente à criança e ao adolescente, as atividades lúdicas podem favorecer um *setting* adequado às suas necessidades. Tendo em vista que esses indivíduos possuem uma maneira peculiar de comunicar seu sofrimento, a comunicação verbal pode estabelecer-se como um instrumento ineficiente (Avellar, 2004). Dessa forma, a autora pontua que o processo terapêutico com crianças – e adolescentes – exige do agente terapêutico uma “disponibilidade lúdica”. Tal processo pode favorecer que o material subjetivo dos adolescentes emergja de maneira espontânea, pautada na relação de segurança e confiança estabelecidos a partir dos cuidados oferecidos pelo terapeuta/agente terapêutico e dos recursos disponíveis.

Outro recurso que se mostra atrativo para os adolescentes é a alimentação, presente em todas as atividades. Percebe-se que em algumas situações os usuários têm um interesse maior pelo lanche que pela atividade em si, contudo os profissionais aproveitam para conversar com os usuários sobre as situações que têm vivenciado. Além disso, a oficina de culinária, em algumas situações, também é proposta aos adolescentes como atividade para o grupo de vivência: *“Conversam sobre hambúrguer, sobre quando comeram. Os profissionais sugerem dividir as tarefas, cada dupla fica responsável por alguma coisa. Os meninos tiveram apoio dos profissionais, mas esses só orientavam”* (Observação Grupo de Vivência 4).

Para a Psicologia Analítica é preciso compreender que a alimentação possui também uma função simbólica. O alimento é atravessado por uma série de representações culturais e pessoais, assim como a relação que aquele sujeito estabelece com o alimento e com o ato de alimentar-se também vem carregado dos significados “inconscientes”. Simbolicamente, o ser alimentado ou nutrido pode se relacionar com o cuidado a nível materno. Entende-se que quando o bebê é amamentado, junto com o leite tem-se a atitude de segurá-lo (segurança), sustentá-lo, ampará-lo, dar conforto, aconchego e afeto; ações tão necessárias para a sobrevivência e saúde psíquica do ser humano (Neumann, 1995). As pessoas que apresentaram prejuízo no âmbito da estruturação desse dinamismo, em seu processo de desenvolvimento, seja pela falta ou pelo excesso desses cuidados, terão dificuldade da esfera do receber cuidado, tanto do outro, como de si mesmo (Galiás, 1997), sendo, portanto, no espaço terapêutico, necessário oferecer um ambiente propício para que a criança e o adolescente retome a estruturação do papel de filho a ser cuidado/nutrido, retomando a experiência e aprendizado dos cuidados matriarcais. Assim, o agente de cuidado, mediante oferta de alimento e dos cuidados básicos, servirá de “humanizador” do arquétipo materno (Galiás, 1997).

Em estudo acerca da experiência do almoço, ocasião terapêutica no cuidado dirigido a mulheres alcoolistas, Schlichting, Boog e Campo (2007) apontam que ao organizar o ritual alimentar, o profissional precisa considerar as especificidades dos sujeitos acompanhados, dispondo-se ao cuidado integral do grupo e à formação de vínculo. Em outro estudo realizado num CAPSij, também foi identificado que a disponibilidade dos profissionais em acolher essas necessidades básicas de cada usuário relaciona-se a uma compreensão de que a comunicação pode ser facilitada a partir desse ambiente preparado; contudo, é possível que isso se perca caso uma organização uniforme do lanche seja mantida (Rochi, 2012). Assim, entende-se que a nutrição “não necessariamente se materializa no alimento, mas também em uma ambiência que

fornece as condições de atenção, escuta e acolhimento adequados para atender as necessidades de cada sujeito de modo particular” (Brasil, 2010, p. 69).

Apesar das tentativas dos profissionais, verificam-se diversas dificuldades em relação a ser atrativo, seja pela ausência de um espaço adequado para acolhê-los, seja pela falta de verba, entre outros. Nota-se que, pela compreensão dos profissionais, o CAPSij enquanto espaço e oferta de atividades não seria atrativo, mas o vínculo torna isso possível. *“Mas eu acho que mais importante do que esse espaço físico, que poderia ser mais atrativo acho que uma coisa que eu consigo que perceber é eles sentirem né, primeiramente uma possibilidade do acolhimento, nesse sentido eu acho que é atrativo”* (Grupo2).

Essa questão parece muito presente em todas as situações nas quais os profissionais referem-se à junção do CAPSij com o CAPSadi, e o espaço, a disponibilidade dos profissionais e diversidade de atividades direcionadas a esse público no antigo CAPSadi. *“[...] os meninos gostam de esporte e a gente não consegue muitas vezes oferecer nada, porque a gente também não tem um espaço lá, a gente tinha um espaço e assim vai, os meninos gostam de esportes, os meninos querem fazer atividades e a gente não consegue* (Grupo1).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2006), esse espaço pode ser relacionado à ideia de *setting* ou ambiente. Segundo o documento, características como conforto e espaços apropriados para o atendimento constituem-se como parte do ambiente. O espaço físico do CAPSij deve, portanto, ser “planejado para o atendimento de crianças e adolescentes, deve conter em si elementos que facilitem e proporcionem aos pacientes comunicar e laborar seus conflitos psíquicos” (Ronchi, 2012, p. 45).

Entretanto, apesar das dificuldades apresentadas pelos profissionais quanto a inexistência de um espaço adequado de atendimento para as crianças e adolescentes em uso de SPA, é preciso atentar para o que fazer diante dessa dificuldade. Para tanto, é preciso

compreender que o *setting* é também estabelecido a partir das relações, extrapolando o espaço físico, e sendo entendido como um lugar potencialmente terapêutico onde a relação terapêutica se estabelece (Jung, 2013b).

Ser atrativo implica sobretudo em estabelecer uma ligação afetiva do indivíduo com o ambiente. As “atividades” são meios de potencializar ou mobilizar os afetos “saudáveis”, possibilitando que o indivíduo se permita relacionar-se com esse potencial interior de forma segura, isto é, sem ativar as defesas (do Ego) por se sentir exposto ou inseguro diante desses afetos.

2.2.3. Tirar o foco da droga

Ao falar sobre as características dos cuidados, os profissionais algumas vezes se referem ao termo “abrir o leque”, que implicaria em expandir outras questões a serem trabalhadas com o usuário, tais como escola, interesses, etc. Segundo os profissionais, isso retira o foco da droga e promove a criação de outras estratégias de cuidado e de relação com o entorno e com a percepção das possibilidades sociais. *“[...] a gente tenta trazer eles pro mundo diferente do deles né, mas também o que eles têm pra oferecer. Muitas vezes a gente vai muito do que eles trazem né, muitas questões que eles trazem da droga, do envolvimento né, eles querem falar”* R3. Ao “olhar para fora”, para aspectos da relação com o mundo sem ser pelo viés da droga, permite-se que profissionais e usuários tenham ferramentas para trabalhar com perspectiva de futuro que não estejam necessariamente relacionadas com o contexto da droga e do tráfico.

Verifica-se, a partir das falas dos profissionais, que tirar o foco da droga se trata de uma questão difícil, especialmente se o nível de envolvimento com o tráfico já estiver bastante avançado. Assim, apesar das tentativas, muitos adolescentes não conseguem ver perspectivas de futuro independentes de um envolvimento intenso com a droga ou com o tráfico. *“A gente tenta trabalhar sobre o futuro deles, o que eles pensam, o que eles sonham [...] como que eles*

se veem né daqui a algum tempo e muitas vezes assim a gente vê que eles não pensam , não planejam, não idealizam, não sonham, não desejam” R8.

O tirar o foco da droga implica em uma mudança de contexto, fato importante a ser considerado em relação aos fatos psíquicos e, conseqüentemente, à construção de novos conhecimentos em relação ao mundo. Assim, quando se “abre o leque”, amplia-se a oportunidade de colocar o sujeito em sua integralidade como centro do cuidado, favorecendo assim a percepção dos demais problemas vivenciados pelos adolescentes. Esses problemas podem ser disparadores para um sofrimento psíquico, que não necessariamente tem relação direta com a droga; por outro lado, permitem ao adolescente conhecer outros aspectos de sua vida, tanto negativos como positivos. Isso pode favorecer a inserção do adolescente no mundo de outra forma, que não pelo intermédio da droga, e uma percepção mais ampla das dificuldades a serem superadas. Como o sofrimento decorrente do uso de drogas não é uma demanda para a maioria dos adolescentes, é preciso construir outras formas de acesso a eles, para que o adolescente entenda e “aceite” sua continuidade no serviço.

Na medida em que se oferece recurso para promover o processo de expansão de vida, como conceitua Lancett (2009), trabalha-se em conformidade com a estratégia de redução de danos, mesmo que inicialmente esse não seja o desejo do adolescente. Para a Psicologia Analítica, o sintoma é compreendido como um símbolo, assim como os demais processos simbólicos que podem ocorrer no processo terapêutico, sejam eles na psicoterapia, nas atividades lúdicas e dos passeios durante o grupo, ou mesmo no processo de ser nutrido. É preciso ter em mente que o símbolo também está sujeito ao consciente de quem o vivencia (Jung, 2013e), assim, um fenômeno que é visto como simbólico para um indivíduo, não é para outro. Isso implica em dizer que para a compreensão de que a atitude de envolvimento com a droga seja vista como simbólica, é necessário a participação ativa do ego (do adolescente) no processo de cuidado.

2. 2.4. Flexibilidade e dinâmica

Os profissionais assinalam que os adolescentes AD mudam constantemente de opinião e de seu engajamento em relação ao cuidado, logo verifica-se que é necessário compreender o processo deles e adequar as atividades e os cuidados em geral a esse processo. “[...] *talvez tenha uma certa flexibilidade, no sentido assim porque um adolescente pode chegar aqui dizer uma hora, ‘olha eu quero natação’...aí na outra semana ‘eu consegui natação pra você’; ‘ah, eu não quero’.* “Então você tem que ter uma certa flexibilidade” R1.

Por conta dessas mudanças, as atividades, não podem ser rígidas. É necessário manejo para lidar com essa flexibilidade e propor as alterações necessárias. Entender essa característica, permite uma melhor compreensão do cuidado com o público adolescente, especialmente AD, como uma clínica dinâmica, marcada pelas situações em que o adolescente pode não atender à demanda do profissional e preferir permanecer no tráfico; ou por situações que requerem o imprevisto e a construção de algo novo. A exemplo: “*os profissionais propõem que joguem vôlei. Eles não se mostram muito interessados e um dos meninos sugere que eles joguem totó. Um profissional pergunta ao grupo o que eles preferem, então iniciam um campeonato de totó* (Observação Grupo de Vivências 6).

Ao se compreender que com os adolescentes, não somente AD, é necessário não tornar as atividades de forma rígida, pode-se adaptar melhor o *setting* às necessidades e dificuldades destes, e isso é possível à medida que se constrói junto um cuidado. Quando se fala sobre o cuidado dirigido a pessoas com necessidades decorrentes do uso nocivo de álcool e outras drogas, Lancetti (2009) traz a ideia de clínica peripatética, ou seja, uma clínica que se dá em movimento, andando, especialmente para aqueles que não se adaptam a protocolos clínicos habituais.

De forma similar, a proposta de clínica junguiana se situa numa atitude não premeditada da realidade do outro, “como quer que essa pessoa se apresente”. Assim, o paciente não pode ser visto como algo a ser encaixado em um protocolo, categoria ou teoria preexistente (Whitmont, 2015). O terapeuta não pode se sustentar na ideia de que conhece o que se passa no inconsciente do paciente, mas ao contrário, deve permanecer aberto para aprender com ele, sobre ele, e “para ver as coisas de outro modo e para adaptar suas pré-concepções àquilo que vem ao seu encontro” (Whitmont, 2014, p. 262). Isso requer uma clínica dinâmica e flexível, que possa ser construída a partir do encontro com o adolescente, seja ele em psicoterapia ou nos encontros nos espaços abertos, dentro e fora do CAPSij. Tal proposta pode ser análoga à construção feita pelos profissionais com os adolescentes AD que buscam o CAPSij, onde a partir das brechas nos lanches e nas conversas nos corredores ou no espaço coletivo é possível realizar intervenções e construir vínculos.

Essa necessidade de flexibilidade e de construção do cuidado, por outro lado, gera uma reflexão por parte dos profissionais. No grupo hermenêutico dialético onde se trabalhou com a nuvem de palavras, surgiu a discussão da relação entre as palavras **acho**, que apareceu com bastante destaque, **discussão** e **reunião**, que apareceram em pequeno destaque. Um profissional aponta que, num primeiro momento, o **acho** lhe sugeriu “que a gente não tem certeza de nada, mas o segundo é bom não ter certeza, fica aí a pensar de novo”. Ao que outro profissional aponta: *“Eu acho que o **acho** é algo individual, é a minha opinião, é a sua opinião, [...] enquanto **discussão** e **reunião** tá tão pequeno. Então eu penso que tem mais a ver com isso né... estamos trabalhado mais de forma individual, cada um tá fazendo sua coisa, o que é que a pessoa acha, do que tá muito de algo tá sendo feito na verdade”* (Grupo2).

Tal situação traz a reflexão de que ainda que seja uma clínica que exige uma flexibilidade, é necessário que os profissionais tenham momentos para discussão sobre a condução das situações, o que facilitaria o manejo em outra situação semelhante. Entretanto, o

que ocorre não é isso, os profissionais muitas vezes tomam as decisões e lidam com a dinâmica sozinhos ou em pequenos grupos. Tal questão pode ser um indicativo para compreender um dos motivos para a dificuldade que o serviço tem em lidar com essa clientela. Segundo Whitmont (2014), o conhecimento e a experiência do agente de cuidado, e do serviço como um todo, também são imprescindíveis, embora não deva se sobrepor à capacidade de relacionar-se no processo terapêutico e de compreender as características peculiares da vivência de cada paciente. Devem, contudo, operar em harmonia:

Quanto mais variada for a paleta do analista, maior serão os matizes de cor, feitio e estilo que ele é capaz de abarcar e com os quais pode harmonizar; quando mais abrangente for o seu grau de entendimento e quanto maior sua capacidade de ‘ver através’ no sentido de dirigir, maior será o ‘espaço capacitador’ do paciente. O terapeuta cria uma atmosfera na qual ocorrerá um encontro mútuo, um encontro que permite o desenvolvimento e o crescimento. Ele naturalmente terá de entrar e oferecer sua experiência e sua percepção da dinâmica do inconsciente e ajudar com explicações e interpretações, mas não conduzirá necessariamente o processo (Whitmont, 2014, p. 265).

Ainda que haja flexibilidade, faz-se necessário compreender até que ponto ela é importante e como realizá-la, visto que fora do CAPSij os adolescentes não poderão relacionar-se com o ambiente de maneira imediatista, eles terão que se adaptar também. Logo, ainda que não seja fixo e rígido (o que não deve ser) é necessário pensar em um contorno que possa ser compreendido pelo adolescente. Isso é importante, especialmente porque verifica-se que muitos adolescentes advêm de famílias fragilizadas e que não conseguem lidar com limites, além de apresentarem algumas dificuldades de relação com o “outro”. Dessa maneira, o adolescente tem a possibilidade que lidar com essas questões no CAPSij o que pode favorecer a continuidade do seu desenvolvimento.

Esse processo, amparado na flexibilidade e em uma clínica dinâmica, torna-se um meio necessário para a transformação. Como assinala Heyer (citado por Whitmont, 2014), é tarefa

do terapeuta criar um “espaço capacitador”, onde a psique do paciente encontra um lugar seguro para operar seu potencial transformador. O percorrer esse caminho enquanto uma imagem arquetípica de transformação é uma possibilidade de pôr em movimento a energia psíquica de maneira mais organizada e, conseqüentemente, construir laços afetivos mais saudáveis. Conforme Whitmont (2014, p. 261) “a ânsia de transformação é inerente à configuração do próprio inconsciente sendo idêntica ao impulso para a ‘individuação’”.

EIXO 3 – O CUIDADO PELO OLHAR DO ADOLESCENTE EM USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

3.1.O Cuidado Recebido na perspectiva do adolescente

A primeira categoria compreende as concepções e vivências do cuidado recebido pelo adolescente no CAPSij e na família. Dessa forma, obteve-se: “O Cuidado recebido no CAPSij”; e “O cuidado na e da família”.

3.1.1. O Cuidado recebido no CAPSij

A compreensão do cuidado recebido no CAPSij pela perspectiva do adolescente em uso de SPA contempla desde o momento em que ele é recebido pela primeira vez no serviço, sua percepção de quem e como cuida, as atividades que participa, as dificuldades percebidas e as perspectivas de tratamento. Todos os entrevistados relatam que *ao chegar ao CAPSij* foram atendidos por um dos profissionais do serviço. Verifica-se que houve uma “conversa” com eles sozinhos e outra com os pais ou cuidadores, em sua maioria com a mãe, semelhante ao descrito no eixo 1 quando se fala sobre o acolhimento. A partir do encontro, houve a proposta de que eles participassem do grupo de vivência, único grupo direcionado para o público AD. *“Eu cheguei, aí tive... uma consulta só com ele [psicólogo]. E a gente conversou, bateu um papo, me tratou super bem. Aí, acho que foi isso o pontapé que falou ‘pô, vou continuar’.[...] Conversou com a família, todo mundo”* (Aleff).

Alguns adolescentes pontuam um aspecto positivo de conversar com o profissional, tendo referências de que foram bem acolhidos no serviço, como pode-se verificar: *“Eu achei até ‘resposinha’ quando eu cheguei aqui. [...]eu achei a técnica de enfermagem legal assim, eu pensei: ‘Poxa, vai ser legal conversar com alguém, poder falar as paradas e tal’”*.

(Luluzinha da Alta). Somente um dos adolescentes relata avaliação negativa de sua entrada no serviço: “*Foi chato*” (Iago).

Verifica-se, a partir dos resultados, que os adolescentes relatam serem acolhidos no serviço, tanto no primeiro momento, ao iniciar seu acompanhamento no CAPSij, como nos espaços em que lhes é oferecida escuta. Ambos os aspectos, o acolhimento e a escuta, são meios fundamentais para a criação de vínculo, elemento essencial para favorecer a construção de um projeto terapêutico singular (PTS) e o desenvolvimento do cuidado no CAPSij. Embora seja uma visão compartilhada pela maioria dos adolescentes entrevistados, verifica-se que há a percepção que não é um espaço que desperta interesse. Entretanto, é preciso discutir que, em muitas situações, o adolescente que inicia seu acompanhamento no serviço não o faz por demanda própria, mas por demanda da família ou por determinação judicial, em resposta a atos infracionais, em especial porte e tráfico de drogas, situação verificada em diversas pesquisas (Scisleski, & Maraschin, 2008; Ramaldes, Avellar, & Tristão, 2017), o que pode ser entendido por parte dos adolescentes não como uma possibilidade de cuidado, mas como uma medida punitiva. Diante disso, o processo de acolhimento inicial pode ficar prejudicado.

Partindo da premissa de que tais aspectos sejam considerados na construção de estratégias de prevenção ao uso de SPA para esse público, a ideia de acolhimento que extrapola o ato de acolhimento inicial, ampliando para uma postura e atitude profissionais acolhedoras, se faz imprescindível a fim de superar o “fazer meramente técnico de tratar” (Brasil, 2014). Isso implica em desconstruir a demanda inicial e construir junto ao adolescente um percurso para seu acompanhamento. Para que esse encontro entre profissional de saúde e adolescente aconteça de forma a favorecer a construção de vínculo, é necessária uma atitude de disposição do ego do sujeito que recebe o cuidado (Jung, 2013b). Mas antes, é imprescindível que se entenda esse sujeito como dotado de fala e de saber, para que então se estabeleça uma relação de caráter dialético, de forma que seja possível a construção de um cuidado onde o adolescente

também é responsável tanto pelas escolhas, como pela efetivação desse cuidado. Considerando que postura de acolhimento, numa perspectiva junguiana, implicaria na construção de um espaço seguro para que os processos psíquicos sejam acolhidos e elaborados de uma forma diferente, entende-se que em alguns momentos os adolescentes sentem-se acolhidos e isso favorece a continuidade no acompanhamento no CAPSij, “*isso o pontapé que falou ‘pô, vou continuar’*”. Contudo, nem sempre os adolescentes percebem o serviço desta maneira: “*foi chato*”.

Jacoby (2008) pontua que quando o paciente procura uma pessoa ou serviço que exerce a função terapêutica, ele o faz por apresentar algumas dificuldades que pretende curar ou aprender a lidar. Desde esse momento, uma relação transferencial se inicia e ambos, paciente e terapeuta, estabelecem uma relação à nível consciente objetivando cuidar das dificuldades do paciente. Se esse encontro se dá por meio de uma imposição, é comum o paciente transferir ao agente terapêutico aspectos negativos advindos não somente da situação de obrigação, como de relações anteriores. Entretanto, é importante que os profissionais manejem essa transferência a fim de construir uma relação mais aproximada. Num primeiro momento, principalmente pautado na construção de um lugar onde o adolescente sinta-se seguro, protegido e aceito, a fim de que possa abrir-se para a elaboração de questões que envolvam seu processo de desenvolvimento, tanto no que tange a características referentes a construção da personalidade, como as capacidades de lidar com o ambiente de forma mais saudável.

Quando se referem ao termo **cuidado** no CAPSij, os adolescentes falam, em sua maioria, dos profissionais que atuam no grupo de vivência, “*Cuida [...] o psicólogo, e as mulheres que participam do grupo*” (Paulinho). Sendo geralmente um desses citado como principal, o que sinaliza que os adolescentes percebem um dos profissionais como referência: “*Quem cuida. Aqui, quando eu venho aqui é a enfermeira só mano./ Aqui a única que passa batido aqui é ela*” (Jay Woldsu).

Somente um dos adolescentes refere não se sentir cuidado no CAPSi, apesar de ter sido acolhido e de num primeiro momento ter gostado do atendimento recebido no serviço: *“eu posso dizer que ninguém até agora...eu podia dizer assim antes que com quem eu ‘tava’ gostando de conversar era a ‘técnica de enfermagem’, mas depois eu fui perdendo a intimidade com ela”* (Luluzinha da Alta).

Verifica-se que o cuidado é percebido em especial por meio das conversas, e dos “conselhos”. Os adolescentes referem confiar nesses profissionais a ponto de “se abrir” sobre situações que não falam em outros lugares e apontam que se sentem entendidos e respeitados. *“Oh, você tem que parar com isso”, tipo uma mãe mesmo, conversa igual mãe. E ‘o psicólogo’ é igual um pai mesmo pra mim, ele fala “Você quer fazer o quê? Você quer estudar?”* (Paulinho).

Entende-se que o cuidado, na perspectiva dos adolescentes entrevistados se relaciona com a ideia de zelo, aconchego e orientação. Estabelecendo-se a partir de uma relação de confiança. Para a psicologia analítica, as relações de cuidado são essenciais para os seres humanos, tendo fundamental importância para a estruturação do ego e para o desenvolvimento do indivíduo no processo de individuação. O cuidado inicial entendido pelos adolescentes abarca especialmente os atributos do materno, que segundo Jung (2014, p. 92) é “o que cuida, o que sustenta, o que proporciona as condições de crescimento”. Assim, a partir de uma relação que implica na vivência de nutrição, segurança e proteção (Neumann, 1995), o adolescente pode sentir segurança e confiança para o autodesenvolvimento.

É preciso esclarecer que o dinamismo arquetípico maternal está presente no sujeito, mas ele é humanizado na relação com o agente de cuidado, sendo este a mãe, outro familiar ou mesmo um profissional de saúde (Galiás, 1997). Contudo, essa humanização é necessária para que o cuidado possa ser vivenciado, inicialmente passivamente, ou seja, recebendo o cuidado,

para que posteriormente seja favorecida tanto uma relação com o contexto social com mais confiança, como uma integração desse cuidado. Segundo Neumann:

O amparo na relação primal com a mãe é o primeiro contexto social da criança e o mais premente das possibilidades. Isso adquire um significado todo particular quando se chega ao estágio em que, com a consolidação do ego, o Self, que se tinha mantido externalizado, precisa começar a voltar gradualmente para dentro da criança. [...] Confiança na mãe equivale a confiança na sociedade que ela representa. Nesse momento, a sociedade é um mundo maternal protetor, e da proteção da mãe, a sua orientação e comando, as suas ordens e proibições, acontece em sintonia emocional com o afeto da mesma e com a segurança que proporciona como vaso continente (1995, p. 35):

No que diz respeito a *participação do adolescente nos cuidados oferecidos no CAPSij*, vale assinalar as atividades em que participam, dentre elas os grupos, os atendimentos e os acolhimentos. Todos os adolescentes pontuam que o grupo de vivência foi sugerido como uma atividade inicial e depois outras atividades ou rearranjos foram surgindo. Há dois tipos de entendimento acerca da escolha das atividades: um assinala o interesse do adolescente, como o exemplo a seguir: “*as tias perguntaram. Porque tinha arte-terapeuta lá e eu gostava de arte, [...] e eu falei que queria*” (Paulinho). Outro tipo de percepção, citado por dois adolescentes refere que eles foram comunicados sobre o grupo: “*Me chamaram uma vez...me ligaram: pô, vai ter um negócio aqui. Eu nem gostava de vir nesse grupo, nem gosto*”(Iago).

Entendendo através dos resultados que, algumas vezes, os adolescentes referem não ter feito parte da escolha acerca das atividades que gostaria de participar, mas apenas comunicados de sua participação, vale apontar que, nesses momentos, a construção do PTS parece não ter dado voz ao adolescente, como indica a política (Brasil, 2014), mas sim foi construído verticalmente e informado ao adolescente. Dessa forma, não houve uma construção do PTS do adolescente a partir de uma relação dialética, ou seja, de um diálogo que implica na mediação de uma pessoa a partir das “respostas”, interesse e saber do outro (Jung, 2013b). Segundo Jung,

isso só é possível “se eu deixar ao outro a oportunidade de apresentar seu material o mais completamente possível, sem limitá-lo aos meus pressupostos” (Jung, 2013b, p. 3). Na medida em que se verticaliza essa proposta de cuidado, pode-se dizer que se estabelece uma relação em que se prevalece a superioridade do saber e a autoridade.

Entende-se que é necessário, para um cuidado na atenção psicossocial infantojuvenil, que esse seja orientado por atuações de ordem teóricas, práticas, políticas e éticas que, prioritariamente, concebam o sujeito em sofrimento como parte importante no cuidado (Yasui, & Costa-Rosa, 2008; Berlotti, Quintanilha, Tristão, Ribeiro Neto, & Avellar, 2017). Nessa direção, é fundamental incluir o sujeito em sofrimento na construção do PTS para que este não se estabeleça meramente como oferta de atividades. Contudo, quando o PTS é construído verticalmente, como entendem alguns adolescentes entrevistados, há “uma hierarquização de saber, em que o profissional é colocado no lugar daquele que sabe falar pelo e sobre o outro. Nesse sentido, não há produção de cuidado” (Quintanilha, Berlotti, Tristão, & Avellar, 2017).

Ao se colocar nesse lugar do que fala sobre o outro, pode-se compreender que no lugar da produção de cuidado estabelece-se uma relação de tutela. A tutela, na perspectiva junguiana, poderia ser relacionada aqui ao estabelecimento de um cuidado orientado pelo dinamismo matriarcal, em seu aspecto negativo, marcado por uma continência exagerada, e no estabelecimento de cuidados rígidos, como se vê na construção verticalizada do PTS observada nas falas de alguns adolescentes. Tal forma de cuidado não consegue oferecer um ambiente adequado para que a criança ou o adolescente sintam-se seguro e simbolicamente nutrido para que seja protagonista nesse cuidado e, conseqüentemente, possa amadurecer de forma saudável e caminhar em busca da construção de autonomia.

Os *grupos* são as atividades que mais foram apontadas pelos adolescentes como um cuidado recebido no CAPSij. Os entrevistados relatam que no grupo há conversas sobre a droga,

o tráfico e a escola, brincadeiras, passeios e lanche. *“A gente conversava, brincava, lanchava e depois ia embora, planejava passeio [...] Conversava sobre a mesma coisa, sobre o morro, o tráfico, música de funk, o mundo do crime, essas coisas assim. Como é que era a nossa visão sobre isso, se a gente achava legal, como a gente entrou”* (Luluzinha da Alta).

Verificou-se nas observações que os passeios eram as atividades dos grupos que tinham mais presença dos usuários, sugerindo que seria a que mais despertasse o interesse deles, como pode-se ratificar na fala dos adolescentes *“Era massa, tia. Nós saíamos pra passear, eles conversavam com 'nós' sobre trabalho, sobre fazer alguma coisa, sobre ser alguém na vida. Aquele grupo ali tinha solução, mas pararam com o grupo”* (Paulinho).

Silveira Filho (2002) aponta que o grupo é um recurso terapêutico importante para a construção do cuidado com a clínica de álcool e outras drogas. O grupo pode funcionar como um componente de identificação alternativo *“possibilitando compartilhar vivências de uma forma construtiva neste momento em que o ego se encontra excessivamente fragilizado”* (p. 64). Entende-se que os adolescentes parecem reconhecer o grupo como um espaço potencialmente terapêutico: *“aquele grupo ali tinha a solução”*.

Embora seja a atividade de maior aceitação dos adolescentes, verificou-se que em alguns momentos não houve interesse de todos, como no relato de uma observação de um passeio feito a uma exposição, onde um dos meninos diz: *“vocês vão ter que melhorar ein...é pra gente ver isso?”* (Observação Grupo de Vivências 5). Vale ressaltar que as queixas em sua maioria vinham de adolescentes que frequentavam o CAPSij por medida socioeducativa e não desenvolveram uma vontade de serem cuidados pelo serviço.

Percebeu-se que o grupo de vivências era frequentado mais por meninos e quando teve a presença de meninas, essas foram encaminhadas para outro grupo. O “grupo de meninas” foi citado por um único entrevistado, grupo esse que não tinha um nome definido e que não era dirigido para a demanda AD. A adolescente foi transferida para esse grupo e refere não ter

gostado da transferência, em especial porque não se sente à vontade para falar sobre assuntos ligados a droga, funk e tráfico, visto que não é interesse partilhado pelas demais participantes.

Isso aponta para uma necessidade de compreensão e reconhecimento do outro, que é possível e requerido no espaço do grupo. A alteridade, dessa forma, torna-se um elemento importante no processo, pois é a partir do olhar e reconhecimento desse outro que o indivíduo pode se reconhecer enquanto sujeito (Byington, 1983). Além disso, ao pensar as relações entre os usuários de SPA atendidos no serviço, podemos analisar se também acontecem as relações de cuidado intragrupo, visto que a experiência de aprendizagem do cuidado de si mesmo pode se constelar a partir da experiência do cuidado com o outro.

Entende-se que a necessidade que o indivíduo tem do grupo, anteriormente como usuário de “drogas”, “conserva aqui sua razão de existir: a manutenção de uma identidade. A diferença fundamental é que esse grupo deixa de se reunir em função da droga para se reunir em função de si mesmo” (Silveira Filho, 2002, p. 64). No caso da adolescente que citou o descontentamento com a mudança de grupo, pode-se analisar que o mesmo não possuía “ganchos identificatórios” suficientes para que a adolescente encontrasse no grupo uma possibilidade de manutenção de identidade.

Os *atendimentos* citados são com os profissionais de referência, psiquiatra e psicólogo. Apesar de todos relatarem conversar com o profissional de psicologia, somente dois referem fazer atendimento com psicólogo. O atendimento com psiquiatra foi citado por dois participantes somente, e apontado como negativo por um dos adolescentes: “*Por isso que eu nem gosto de ir nesse doutor; que ele só passa remédio que não presta*” (Iago).

Assim, em sua maioria, os adolescentes participam do grupo e do atendimento com o técnico de referência, alguns fazem acompanhamento com psicólogo e/ou com psiquiatra. Além desses atendimentos citados, verifica-se a participação dos usuários em atendimentos de Arteterapia e Terapia Ocupacional:

“PR. ficou no espaço coletivo fazendo uma atividade com a Terapeuta ocupacional (TO)[...] O adolescente tem bastante habilidade artística e pergunta à TO e a mim se gostaríamos de aprender a fazer um vaso de papel maché. Ele nos ensina a fazer. A TO vai perguntando algumas coisas sobre escola e sobre onde aprendeu a fazer o vaso” (Observação Livre 3).

Desta forma, apesar da observação de atendimentos realizados por outros profissionais, verifica-se que os adolescentes citam mais o técnico de referência, mesmo não o nomeando assim. Diante disso, pode-se entender que os adolescentes referenciam os profissionais de quem mais recebem atenção e cuidado e com quem mais estabelecem uma relação de segurança e confiança, tanto no âmbito do acolhimento como no que diz respeito a orientação. Mesmo esta, é necessária que seja atrelada a construção de vínculo, caso contrário, não será bem recebida pelo adolescente.

O acolhimento em demanda espontânea, ou seja, quando o adolescente procura o serviço por conta própria, sem horário pré-agendado, é apontado por um adolescente como um cuidado oferecido pelo CAPSij. Durante o período da pesquisa observaram-se várias situações em que os adolescentes eram acolhidos em demanda espontânea e eram direcionados para o banho, alimentação e repouso, ao passo que também conversavam com os profissionais, como verificado no eixo 1 desta tese. Importante ressaltar que, na maioria das situações, os adolescentes encontravam-se em situação de rua ou haviam fugido do abrigo: *“Eu ia lá falar com as mulheres lá, ia lá comer e dormir [...]Claro que conversavam! Mas eu nem ouvia, tia. [...] Falava pra gente mudar tia, porque a gente já tava demais já. Falavam que 'nós' assim não ia ter futuro nunca. [...] Elas me ajudaram demais, porque eu tava fugindo direto”* (Paulinho).

Vale ressaltar que nesse momento de procura pelo serviço, a necessidade primária do adolescente que dizia respeito aos cuidados básicos, tais como alimentação, higiene e repouso, era mais requerida pelo adolescente, ficando as orientações para segundo plano. Segundo

Neumann (1995) a nutrição e todos esses cuidados básicos tem um simbolismo importante, pois o alimento, além da substância concreta que constrói o corpo, é o símbolo de um mundo amistoso, de não estar sozinho, “superação da dor e do desconforto, possibilidade de repouso e sono, um sentimento de estar em casa no mundo e na vida como um todo” (p. 27).

Neumann (1995) discute que o comer e o alimento, amplificando para uma linguagem mitológica, implicam em uma forma de interpretar e integrar-se ao mundo. Entende-se que o adolescente, nessas situações já procuram o serviço com a noção do que irão receber e são realmente atendidos em sua demanda. A partir da fala do adolescente que continua em atendimento regular no serviço: “*eles me ajudaram demais*”, entende-se que esse cuidado foi compreendido para o adolescente não somente com o “saciar a fome” concretamente, mas como o estabelecimento de uma relação onde ele era humanizado, onde seu desconforto e sofrimento, ainda que momentâneo, era reduzido.

Ainda em relação ao grupo, alguns adolescentes pontuam aspectos que consideram que poderiam melhorar no que diz respeito ao cuidado no CAPSij, dentre eles ligar mais, cobrar a presença, inventar coisas novas, sair mais para ir na quadra já que não há espaço adequado dentro do serviço para jogar bola. “*Tem que inventar coisas novas. [...] Ir na quadra*” (Iago). Mesmo dentro do espaço do CAPSij os adolescentes apontam que precisava ter um entrosamento melhor entre os adolescentes do grupo: “*podia marcar algumas atividades aqui dentro [...] Sei lá, um filme, se tivesse como, em algum lugar aqui. Ou todo mundo se juntar pra contar história*” (Luluzinha da Alta).

Os resultados apontam para uma ideia relacionada ao sentimento de ser “querido”, ou seja, por um investimento afetivo que só é possível quando se pensa em uma relação Eu-você (Jacoby, 2008), sentimento esse estruturante para o sujeito, pois à medida que ele recebe esse investimento afetivo, tal como é feito com o bebê em suas fases iniciais de desenvolvimento, é possível pensar em uma estruturação de ego. Percebe-se que os aspectos assinalados, presentes

nas falas dos adolescentes, transitam mais em torno das relações e do investimento afetivo do que os aspectos físicos do CAPSij, o que corresponde ao que os profissionais pontuaram nos eixos anteriores. Neuman (1995) aponta que o caso de uma mãe que provê muito alimento, mas é afetivamente faltosa, mostra-se muito mais desastroso que outro onde há a insuficiência de recursos/alimento, mas que a mãe forneça uma relação amorosa. Diante disso, pode-se entender que o investimento afetivo e os recursos relacionais, além de ser compreendido teoricamente como mais estruturante que os recursos físicos, também são assim compreendidos pelos adolescentes. Tal aspecto encontra-se em confluência com o conceito de ambiência²⁰, destacado na Política de Humanização do SUS.

Além dessa questão, verifica-se uma percepção de que o investimento em relações intergrupais – com os demais adolescentes – mostra-se bastante desejável pelos adolescentes. Silveira Filho (2002) pontua que a adolescência se constitui um momento existencial onde a nível psicológico constela-se o dinamismo da alteridade e, a nível sociofamiliar, a energia psíquica vai sendo direcionada para fora do contexto endogâmico. As relações interpessoais passam então a “ter uma conotação de inter-relacionamento propriamente, a partir da dimensão social” (p. 54). Essa relação/identidade grupal é diferente da estabelecida no ambiente do tráfico. No tráfico o adolescente não é integrado, ele é “usado”, assemelhando-se a um objeto, tanto como comprador, como vendedor ou tendo seu corpo usado (como nos casos dos estupros). O grupo do CAPSij é um espaço onde ele pode escolher/ desejar estar ali, ainda que inicialmente seja por outra demanda, que não a dele. Mas à proporção que é tratado como sujeito, ou seja, a relação eu-isso passa a ser eu-você (Jaboc, 2008), ele pode ser integrado ao

²⁰ “Ambiência na saúde compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana”. (Brasil, 2010, p. 5)

grupo. Assim, na medida em que o adolescente pode ser reconhecido como um “outro”/você, ou seja, quando se institui um dinamismo da alteridade, é que uma relação entre os participantes do grupo pode acontecer.

No que diz respeito às *expectativas em relação ao tratamento*, verifica-se que, em sua maioria, os adolescentes não conseguem ter expectativas no que tange ao tratamento e ao futuro: “*Sinceramente eu não sei o que que eu espero. Porque eu não fico pensando muito no futuro*” (Aleff). Um participante aponta que sua expectativa é continuar a trabalhar no tráfico, mesmo que isso implique em não saber o que vai acontecer “*melhor continuar do jeito que eu tô, ganhando dinheiro. [...] eu acordo e não sei o que vai acontecer...é massa*” (Iago).

Entende-se que uma dificuldade no desenvolvimento de um ego integral positivo, advinda de uma “alimentação psíquica” inadequada, prejudica a capacidade do ego integrar as qualidades do mundo interno e do ambiente (incluindo as desagradáveis) (Neumann, 1995). Conseqüentemente, a relação com seu self, com o você e com o mundo fica dificultada. Entendendo que o Self, princípio organizador, é espelhado no Self de grupo, a falta de relação com Self promove no ego uma postura defensiva em relação a vida, pois o indivíduo vive a sensação do desamparo e rejeição. Se o sujeito se encontra alienado dessa relação, os aspectos que falam de si próprio e da relação com o mundo ficam prejudicados (Edinger, 1989). Nesse sentido, o adolescente é marginalizado socialmente, não compreende essa sociedade como espelhos do self, ou seja, desse princípio organizador, assim, as perspectivas em relação a si mesmo ou em relação ao futuro não se encontram em conformidade com as expectativas sociais. Dessa forma, o não pensar no futuro, ou o ter expectativas de “*continuar vendendo droga*” e ganhando seu dinheiro, passam a ser as expectativas possíveis para o sujeito.

Contudo, à medida que se sente acolhido e cuidado por parte do agente terapêutico no CAPSij, e que é nutrido pelo “alimento psíquico”, abrir-se-ia uma possibilidade de reparação

dessa relação ego-self, pois uma projeção do Self em um contexto saudável pode restaurar a relação com o ego (Edinger, 1989).

3.1.2. O cuidado na Família

Esta subcategoria compreende a percepção dos adolescentes sobre quem cuida dele na família e como cuida, quem acompanha o cuidado no CAPSij e situações onde o adolescente assinala falta de cuidado na família.

Dos seis participantes, três referiram que somente é cuidado pela mãe. Em todos os relatos, a percepção é que o cuidado é recebido somente de figura do sexo feminino, mesmo que o adolescente more com o pai. Um diz ser cuidado por “uma tia” do abrigo, “[...] *É uma tia responsa. Ah, ela é minha mãe*” (Paulinho). Dentre os cuidados recebidos, verifica-se a preocupação com cuidados básicos como comida e com o tratamento: “*Toda vez que eu chego da escola, ela já arruma comida pra mim...também, ela não deixa eu passar da hora de tomar meu remédio*”(Aleff). O pai, quando referido pelos adolescentes é como desinteressado ou sem tempo devido ao trabalho: “*Não. Porque...assim, meu pai é pescador então quando ele chega do serviço já está cansado, então ele vai dormir. Ele chega e dorme*” (Aleff).

O estudo de Vasters (2013) objetivou identificar e caracterizar as redes de apoio dessa população a partir do Modelo de Escolta de Apoio Social (Kahn e Antonucci). A autora verificou o predomínio da presença de mulheres, residentes na mesma casa que o participante, e a maioria dos participantes relatou a presença de outros usuários de SPA em sua rede de apoio. Quanto aos aspectos funcionais, os participantes relataram que a rede de apoio serve para acolher as confidências, ser tranquilizado e motivado, respeitado, cuidado em situação de doença, conversar em momentos de tristeza, nervosismo ou a respeito da doença. Menos referenciado, é citado o apoio em lidar com as emoções e sentimentos, podendo indicar menos momentos de diálogo entre os familiares.

Na maioria dos relatos dos adolescentes entrevistados também coube à mãe levar o adolescente ao CAPSij no início do tratamento e acompanhar no serviço. No entanto, quanto à participação nos grupos de família, verifica-se a presença de outros membros, tais como irmão, pai e avó: *“Já teve... às vezes vem meu pai, minha mãe e meu irmão mais velho. Às vezes vem minha mãe. Minha mãe e meu pai. Meu irmão de vez em quando”* (Aleff).

Verifica-se em diversos contextos de cuidados em saúde mental infantojuvenil que a mãe ou uma figura do gênero feminino configura-se como principal ou único cuidador, o que é compartilhado com outras pesquisas (Farias, Lima, Ferreira, & Quevedo, 2014), sendo essa uma percepção também dos adolescentes entrevistados. O pai, no contexto da pesquisa, em sua maioria é ausente, indiferente ou distante, com ausência também de um representante alternativo dessa configuração patriarcal. Segundo Marques (2009), em estudo sobre os modelos heroicos no desenvolvimento infantil e adolescente numa perspectiva junguiana, em contextos de baixa condição socioeconômica, onde há a ausência do pai social como referência, verifica-se muitas vezes a ausência do pai arquetípico na cultura “[...] as instituições familiares, escolares, estatais e mesmo as religiosas podem não estar efetuando de maneira efetiva as funções patriarcais, sendo a mãe cada vez mais compelida e preencher essas lacunas” (Marques, 2009, p. 98). Vale sinalizar que uma paternagem inadequada, segundo Lima Filho (2015), poderia resultar em uma ausência de um modelo de autoridade e organização para convívio social, contudo essa situação não é imutável mas, ao contrário, seu desenvolvimento pode ser retomado em outras etapas da vida do indivíduo. Verifica-se nesse sentido que os adolescentes em uso de SPA acompanhados no CAPSij possuem inicialmente alguma dificuldade no âmbito de compreensão de regras e no convívio social para além do entorno da droga. Entretanto, a medida que vão recebendo os cuidados no âmbito do dinamismo patriarcal, como observado nos eixos 1 e 2, os adolescentes podem retomar o desenvolvimento e o aprendizado de

estratégias de adaptação, organização e de orientação, ou seja, um processo adaptativo de sociabilização.

Dois relatos apontam que a família não participa do tratamento no CAPSij. Em um deles, em observação, verificou-se que a mãe acompanha o adolescente em consultas com psiquiatra, embora o adolescente não reconheça a participação dela no cuidado no CAPSij. No outro, o adolescente encontra-se abrigado e relata que a mãe não cuida, nunca participou do tratamento e raramente vai ao abrigo. *Ela nunca participou. [...] Ih, tia...pra falar a verdade, eu tô desistindo da minha mãe, tô seguindo minha própria vida. Ah, ela não acreditou que eu mudei não....ela não acredita”* (Paulinho).

Os adolescentes ainda citam situações em que precisariam de um cuidado familiar, mas que não obtiveram, seja por medo ou por negligência. Uma situação relatada discorre sobre as agressões do padrasto e da ausência de qualquer apoio da mãe, que também utilizava substâncias psicoativas. *“Meu padrasto me batia muito; / E: Sua mãe fez alguma coisa? Nunca. Eles enchiam a cara, eles enchiam a cara e ficavam doidão de cachaça, aí fazia isso”* (Paulinho).

Entende-se que a família é a principal rede de segurança para as crianças e adolescentes e, conseqüentemente, para o seu desenvolvimento psicossocial; entretanto, ela pode também representar um forte fator de risco (Ramaldes, Zacché, & Tristão, 2017). No contexto da pesquisa, isso pode ser verificado seja pela percepção da ausência por parte dos adolescentes no que diz respeito ao cuidado dos familiares, dentro ou fora do serviço; seja pela ocorrência de negligências e agressões advindas da família.

Marques (2009) aponta a gravidade do contato da criança e do adolescente com a violência, inclusive no âmbito familiar. Não somente pela atmosfera agressiva, mas também pela carência de afeto direcionado a ela. Tal questão pode prejudicar o desenvolvimento

psíquico, pois a experiência do abandono afetivo pode cindir-se na personalidade de quem vivencia o abandono na infância, como aponta Edinger (1989). Ou seja, não sendo nutrido pelo “alimento psíquico”, o indivíduo não desenvolverá um ego integral positivo, capaz de se sustentar frente às experiências desagráveis advindas do mundo interno e externo, e, portanto, essas não serão integradas pela consciência (Neumann, 1995). Essa “falta” tende a se tornar destrutiva e, via de regra, projetada para o mundo externo (Marques, 2009, p. 35).

Mombelli, Marcon e Costa (2010) verificaram que a falta de adesão dos adolescentes ao tratamento e a ausência de amparo da família agravam a interrupção e ineficácia do tratamento, além de elementos relacionados ao paciente como “[...] ser adolescente, falta de motivação, atitudes e crenças em relação ao tratamento”. (p. 739). Tais aspectos indicam para uma necessidade de investimento no que diz respeito a inserção dos familiares no contexto de cuidado nos serviços de saúde mental infantojuvenil.

3.2. O Cuidado entre os Adolescentes

A segunda categoria temática compreende o cuidado realizado entre os próprios adolescentes. Foi possível verificar nas observações situações em que os adolescentes dirigiram cuidados aos demais. No que diz respeito ao cuidado entre eles, os adolescentes assinalam que podem ajudar conversando e dando conselho: *“Falam sobre um amigo que precisa de ajuda... Pergunto como pode ajudar? E o adolescente diz que conversando, dando conselho”* (Observação Grupo de Vivência 10). O relato a seguir sinaliza o incômodo do adolescente com o fato de outro adolescente ter cometido um roubo dentro do CAPSij: *“Foi no dia que C. roubou o celular do outro adolescente lá. [...] Eu me senti...sei lá, tia...eu fiquei cabreiro. O cara vir roubar no lugar onde as pessoas estão ajudando ele...é ‘tiração’”* (Paulinho).

Ao se falar sobre as dificuldades, pode-se relacionar a como os adolescentes percebem o grupo por dois aspectos opostos. No primeiro aspecto, fala-se sobre o incômodo quando outros adolescentes brigam ou roubam no local onde é ajudado/cuidado. No local protegido, ou

seja, onde o adolescente sente-se cuidado (“onde as pessoas estão ajudando”), os adolescentes percebem como não sendo um lugar para furtos e brigas, atividades que eles relatam serem comuns no ambiente do tráfico, por exemplo. Dessa forma, mesmo a situação não ocorrendo diretamente com o adolescente, como no exemplo citado, “o dia em que o C roubou o celular do outro”, isso o afeta porque ambos fazem parte do mesmo grupo, e se reconhecem como semelhantes. Isso aponta para a experiência de alteridade (Byington, 1983), em que o adolescente pode sentir nele o vivenciado pelo outro. Tal processo favorece o sentimento de identificação e integração grupal.

Durante os grupos, algumas vezes os adolescentes iniciam discussões que podem auxiliar não somente no que tange o uso de substâncias psicoativas, mas também as relações entre eles e em situações fora do CAPSij, como no exemplo em que um dos adolescentes chamou o outro de gordinho e disse que *“no baile as novinhas não vão querer ele. Outra adolescente fala que isso é preconceito; eles começam a falar sobre situações que vivenciaram preconceito”* (Observação Grupo de Vivência 11).

Entre as meninas, apesar de pouco tempo de funcionamento do grupo de meninas, observou-se uma maior propensão a situações de cuidado entre elas, tanto por parte de adolescentes AD como por parte daquelas sem questões de uso de SPA, como nos relatos a seguir: *“A adolescente A. diz que tem medo de homem porque já foi ‘meio que abusada’; a adolescente AD também relata uma situação de abuso, e que ficou com medo de homem por bastante tempo [...] As meninas falam da cultura do estupro, que não é só com sexo, mas no olhar também”* (Observação Grupo Meninas 4).

Converso com duas adolescentes na recepção. Pergunto onde dormiram essa noite? Elas respondem que na rua, na pracinha. Mas que não dormiram bem... “tem que dormir com um olho aberto e outro fechado”.[...] L. me fala que tem muita gente com maldade, e quando eles percebem alguém chegando perto, logo eles ficam preocupados.

[...] Pergunto se a L. trouxe a M.. Ela me responde que na realidade ela não queria vir, mas que M. chamou. (Observação Livre 2).

Entende-se o grupo e a relação de cuidado entre iguais como um elemento importante do processo de cuidado no CAPSij. Primeiro porque a partir do reconhecimento do outro o indivíduo pode compreender-se como sujeito, o que implicaria em um ensaio para alteridade (Byinton, 1983) – e uma autonomia relativa, pois esta ainda se apoia nas regras determinadas pelo grupo. Além disso, ao pensar as relações entre os usuários de SPA atendidos no serviço, podemos analisar se também acontecem as relações de cuidado intragrupo, visto que a experiência de aprendizagem do cuidado de si mesmo pode se constelar a partir da experiência do cuidado com o outro.

Segundo Neumann (1995), o propósito prospectivo do grupo é preparar o indivíduo para enfrentamentos futuros, especialmente no que tange a novas coletividades. A integração do adolescente entre iguais favorece o reconhecimento de um referencial de apoio e pertencimento (Lima Filho, 2015). Ainda segundo o autor, dentro de um modelo heterônomo em relação ao grupo, tal processo é determinando no desenvolvimento do adolescente, visto que, paralelo ao desejo de aceitação do adolescente por parte dos demais membros do grupo, é preciso entender que “[...] de certa maneira o grupo o escolhe quando o acolhe” (p. 257). Todavia, ao experienciar o cuidado em grupo, os adolescentes também experimentam um tipo de “maternidade/paternidade” com os indivíduos que se apresentam em situações parecidas.

3.3 Cuidado de Si

A terceira categoria temática compreende questões de cuidados que realizam consigo mesmo no que tange ao uso de SPA, sendo a única forma de cuidado de si relatada nas entrevistas. Assim, foi possível verificar, em algumas situações, falas que remetem ao uso responsável da “droga”, estratégias para lidar com o desejo pela “droga” e as decisões por parar

ou reduzir o uso. O uso responsável da “droga”, especialmente da maconha é levantado como sendo possível. Por exemplo, não usando nos dias que tem aula, ou antes de ir a uma entrevista de estágios “[...] Então, assim, quando eu fumo é dia, xô ver, um sábado ou um domingo, uma sexta a noite. Que sexta a noite eu sei que amanhã no outro dia eu não vou ter nada[...]Aí eu, eu fumo. Vou pra casa, durmo” (Aleff).

Entende-se que os adolescentes desenvolvem recursos para lidar com a vontade de usar SPA, em algumas situações apontando para estratégias de Redução de Danos construídas por eles. Vale ressaltar que a estratégia de RD também perpassa a compreensão de cuidado definida pelos profissionais do CAPSij. Dentre as possibilidades verifica-se, por exemplo, o adolescente que começa a perceber ações que podem interferir no uso de SPA. Sendo, portanto, estratégia de cuidado de si mesmo: “[...] fala que tomou café e que deu vontade de usar. Fala que não vai mais tomar café” (Observação Acolhimento 3). A utilização de alimentos também é apontada como recurso para lidar com o desejo pelo uso de SPA, como verifica-se a seguir: “Diz que agora não quer usar, mas que o problema maior é o cigarro, embora não tenha fumado ainda. Os profissionais perguntam o que ele faz, e ele diz que vai chupar uma bala, mexerica” (Observação Acolhimento 2).

Outros relatos abordam situações em que lhes foi oferecido drogas ilícitas e que os adolescentes conseguiram recusar, continuando somente no uso de cigarros. Tal situação assinala novamente a tentativa de redução pelo uso de uma SPA de menor prejuízo “te ofereceram? P: Foi. / Pesquisador: E foi fácil recusar? P: Foi. Mas se fosse cigarro eu não ia recusar não. [...] eu não fumo tanto, mas... aquela vontade fumar cigarro... quando eu tô nervoso ainda, porque relaxa um pouco o sangue” (Paulinho).

Os resultados apontam nesse sentido uma percepção por parte dos adolescentes sobre os prejuízos que o uso abusivo da droga pode provocar, seja nas relações familiares, seja em seu processo de desenvolvimento. “Porque já tava perturbando minha mente já. Eu fumava,

fumava, fumava, era um atrás do outro. Gente, quando eu ficar mais velho vai ter leseira” (Iago).

A partir dos resultados pode-se analisar como se dá na prática, pelo olhar dos adolescentes, a responsabilização, característica imprescindível ao cuidado orientado pela estratégia de redução de danos (Brasil, 2014). Isso é importante especialmente no que diz respeito aos recursos utilizados por eles para evitar ou reduzir o uso e para lidar com a vontade de usar, o uso com responsabilidade, ou seja, o momento de usar a SPA, e o pensamento crítico desenvolvido no que diz respeito aos prejuízos que o uso abusivo pode representar.

Aqui pode-se entender um processo de internalização dos dinamismos arquetípicos relacionados com o cuidado recebido até a construção de autonomia. Se num primeiro estágio o Ego atua passivamente no que tange a relação eu-outro, nos dinamismos matriarcal e patriarcal, na etapa seguinte o Ego desempenha ativamente o papel de cuidar, proteger e orientar (Silveira Filho, 2002).

Assim, no que diz respeito ao dinamismo materno, o agente de cuidado auxilia o adolescente a identificar e reconhecer suas necessidades e dificuldades frente ao mundo, através de uma atitude de suporte e confiança, e do auxílio para que elas sejam sinalizadas mais claramente, para que, em etapas futuras, ele mesmo seja capaz de identificá-las. Tal experiência contribui para a construção de formas mais eficazes de comunicação (Lima Filho, 2005).

Isso se dá a nível relacional, ou seja, compreendo na relação que se estabelece com o mundo, inclusive com o entorno da droga, a partir da relação estabelecida anteriormente com o serviço e com os agentes de cuidado. O Logos, se instaura na consciência mediante função paterna. Para Stein (1978 apud Lima Filho, p 228) “as qualidades do Logos propiciam ao indivíduo a força interior, a perseverança e a estabilidade necessária para o desenvolvimento psicológico. Com elas, o indivíduo se mantém comprometido com uma força arquetípica capaz

de fazer frente à destrutividade da vida”. Isso significa uma capacidade de reflexão, sendo ao mesmo tempo produto e conteúdo da consciência (Jung, 2014), a partir de então, o Ego torna-se capaz de suportar as tensões entre os conteúdos externos e inconscientes. Além disso, na medida em que se constrói a capacidade crítica frente ao próprio mundo, e que se conhece a droga e seus efeitos, não como uma maneira identificada, mas como um objeto diferente do Ego/Eu, é possível construir novas formas de relação com esse objeto.

É necessário, contudo, que o Logos se coloque aliado ao Eros, para que o saber tenha “sabor”. Saber significa a possibilidade de discriminar entre o campo comum e a diferença entre Eu e você. Sem o conhecimento, existe uma fusão ou identidade, mas não uma relação entre um Eu separado e um Você separado (Jacoby, 2008, p. 10).

À medida que o cuidado recebido e operado pelo próprio adolescente está em consonância com o dinamismo da totalidade, ou seja, a partir do processo de individuação é possível a compreensão das próprias dificuldades e potencialidades, a fim de aprender a lidar com o próprio sofrimento. Assim, ao aprender a cuidar de si, sendo estimulado a desenvolver estratégias de promoção da própria saúde, compreendendo o que pode ser importante no seu processo de tratamento/cuidado e sendo escutado quanto às ferramentas que constrói não só no processo de tratamento, mas nas relações estabelecidas para fora do espaço do CAPSij, o adolescente assume um lugar de cogestão em seu tratamento. Nesse sentido, além do cuidado de si mesmo, o dinamismo da totalidade o integra à teia social como um agente responsável pelo próprio futuro, assim como do meio em que vive (como um agente de transformação do próprio grupo).

A partir do momento em que tais cuidados passam a ser integrados ao Ego do adolescente, a este é possível compreender-se como legislador do próprio cuidado, o que se entende como o processo de construção de autonomia (que inicialmente é relativa) para que em

seu processo de desenvolvimento torne-se pleno. Assim, conclui-se que os adolescentes desenvolvem saberes no que tange ao uso de SPA, sendo importante serem escutados a fim de inseri-los com protagonistas no próprio tratamento.

EIXO 4 - LUGAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO CUIDADO

O presente eixo temático buscou identificar como os profissionais do CAPSiJ compreendem o lugar da criança e do adolescente em uso de substâncias psicoativas no cuidado em saúde mental. Assim, o lugar pelo olhar dos profissionais foi construído a partir das entrevistas com os profissionais (R) e dos grupos Hermenêutico Dialéticos (grupo). A partir da análise orientada pelo método comparativo constante, obteve-se três categorias temáticas: 1. “Lugar no CAPSiJ”, 2. “Lugar no cuidado” e 3. “Lugar do sujeito”.

4.1.Lugar no CAPSiJ

Ao se analisar o lugar da criança e do adolescente em uso de SPA no CAPSiJ, tem-se a discussão por parte dos profissionais de que ele ainda estaria em construção. Percebe-se a partir dos resultados que o lugar seria *“dentro e fora do CAPSiJ”*. *Dentro*, seria especialmente em momentos de dificuldades, de “crise”, sendo assim mesmo necessário inserí-los no território. Contudo, *“[...] a partir do momento que eles conseguem dar conta de estar em outros espaços eles podem estar lá fora sim, mas tendo aquele vínculo”* R3. Isso aponta para uma postura de cuidado, onde mesmo que o usuário não esteja presente fisicamente no serviço, ele é acompanhado pelos profissionais, seja através das ligações para o mesmo, para os demais serviços que o atendem, seja pela continuidade dos encontros no CAPSiJ, apontando para uma parceria no processo do sujeito, mesmo se este encontrar-se fisicamente distante *“[...]Não é só vir aqui uma vez por semana, eu acho que os dois caminham junto”* R4.

Tal atitude se coaduna com a proposta de trabalho em rede, de forma a garantir o cuidado de maneira ampliada e articulada intersetorialmente, operando na perspectiva de reinserção psicossocial (Brasil, 2014). O trabalho com e no território requer que os serviços extrapolem o entendimento de posicionamento geográfico, relacionando-se com as redes de cuidado e afetos e com as demais redes sociais e lazer. "O território é o lugar psicossocial do sujeito; é onde a

vida acontece". (Brasil, 2005, p. 13). Isso não invalida a necessidade de acompanhamento "dentro" do CAPSij em momentos de crise, intoxicação e demanda de sofrimento psíquico decorrente do uso de drogas.

Pensar o "dentro e fora" do espaço de cuidado assemelha-se a proposta terapêutica da psicologia analítica que compreende que o processo acontece dentro e fora do espaço terapêutico, onde o momento do consultório é onde se estabelece o lugar de compreensão e integração de experiências da vida. Tal integração é um fator imprescindível para o amadurecimento psicológico do sujeito, ou seja, para seu processo de individuação. Contudo, para que a experiência de compreensão aconteça, é necessário que o indivíduo esteja no mundo, no território, para que ele possa reconhecer e se relacionar com o mundo. Segundo Jung (2012), não é possível a individuação em um lugar isolado, pois individuação sempre requer relação. Tal entendimento é importante porque não cria a dependência do analista, pois o pensar no dentro e fora torna-se uma possibilidade de promover a autonomia do atendido.

Da mesma forma, o CAPSij apresenta-se como uma possibilidade de lugar potencial para o amadurecimento do adolescente, mas sem provocar uma relação de dependência. Focar em espaços somente dentro do serviço poderia ser compreendido como uma reprodução da lógica manicomial, onde o cuidado é institucionalizado no serviço.

Apesar do reconhecimento da importância do cuidado fora do CAPSij por parte dos profissionais, alguns participantes assinalam que a cidade, incluindo os serviços, não está preparada. Isso parece refletir no alto índice de usuários que são direcionados a internações em comunidades terapêuticas, ou que permanecem em situação de rua. *"Eles são colocados em comunidades terapêuticas pra tratar uma coisas que a cidade, que a gente tinha que saber dar um suporte pra eles, né os espaços infelizmente não estão preparados [...] nós estamos aqui*

falando disso porque nós não estamos preparados ainda pra receber uma demanda dessas”

(Grupo 3).

Verificam-se tentativas de construir espaço na cidade, mas estes ainda estão desconectados com os serviços, especialmente com o público AD infantojuvenil: *“eu acredito que está se avançando nessa construção, mas o adolescente não está lá dentro”* (Grupo 3).

Diante da dificuldade desses sujeitos serem inseridos no território, levanta-se o questionamento por parte dos profissionais de que não há lugar para eles: *“esse adolesceste não tem lugar nenhum, não é seu, não é meu, não é de ninguém... ele vai continua assim, nas grades invisíveis”* (Grupo 3).

Dessa forma, para os profissionais entrevistados, muitas vezes o FORA CAPSi, pode ser compreendido como um Lugar marginalizado. Os participantes assinalam a resistência de alguns serviços em atender a criança e o adolescente AD, o que se mostra preocupante pois muitas vezes isso se restringe ao CAPSi e a um cuidado intramuros. *“Viraram um minicômio em algumas situações. Tem pessoas que não conseguem entender e atuar; aí, eles vem direto pra cá. Aí pode gerar também uma situação assim, não tem outras possibilidades de inclusão dele, na rede, é pra cá que ele vem”* (Grupo3).

Tal constatação é preocupante, especialmente porque no contexto da saúde mental infantojuvenil sabe-se que é fundamental compreender as particularidades da criança e do adolescente, e isso implica também contemplar esse território no qual os usuários estão inseridos ou são atravessados por meio de uma rede de cuidados e atenção psicossocial (Brasil, 2014). Assim, a produção de cuidados de forma integral requer a participação de “outros setores autônomos em relação à saúde mental propriamente dita, como os setores da saúde geral/atenção básica, educação, assistência social, justiça e direitos” (Couto, Duarte e Delgado, 2008, p. 392).

Diante dessa ausência de lugar, seja na cidade ou nos serviços, os profissionais assinalam que há um aumento da demanda no CAPSij e discutem se esses dois fatores estão relacionados. Assim, entende-se a partir dos resultados que a procura desse envolvimento com droga pode ser também decorrente da ausência de um lugar na cidade e na família. *“Por ele não ter um lugar em casa, a cidade também não acolhe, então por isso talvez por isso que eles procurem esses caminhos, caminho de drogas, caminho de preencher essa falta de abraço em casa e na cidade”* (Grupo 3).

Vale ressaltar que se a procura dos usuários pelo CAPSij também não apontaria para um posicionamento dos adolescentes frente a construção de um lugar. Se a cidade e a família não o “abraça”, e os profissionais veem o tráfico como uma busca por esse “abraço”, o CAPSij também é buscado por eles, mas ainda verifica-se a dificuldade dos profissionais em se perceber nesse lugar de quem é buscado.

Nessa direção, entendendo-se que o lugar também pode ser DENTRO do CAPSij, vale discutir sobre esse cuidado do adolescente em uso de SPA ser realizado *junto ou separado* do cuidado a crianças e adolescentes com sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e/ou persistentes, questionamento esse que aparece na fala dos participantes. Um deles pontua que se fosse um serviço com casos mais graves de transtorno mental grave e/ou persistente, seria difícil mantê-los juntos, mas que eles têm que estar no serviço onde possam interagir com outras crianças ou adolescentes, *“[...] não dá colocar esse paciente dentro de um CAPS ad adulto, onde tem gente que usa crack, cocaína lá, há não sei quantos anos, né, que já ficou internado tal, que tem outra vivência né, então eu acho que eles têm que ficar aqui sim”* R6. Ao ser percebido pelos profissionais como devendo estar em outro “lugar” que os usuários adultos, pode-se entender como uma brecha para que o adolescente não seja impregnado por todos os estigmas de “drogado”, por mais que em algumas situações isso aconteça no CAPSij, como veremos adiante. Esse olhar implica em uma concepção de esperança. No olhar dos

profissionais, essa dimensão do cuidado seria um investimento no potencial de transformação dos adolescentes, resgatando-os do lugar de abandono, seja ele da família, da sociedade, etc.

Por outro lado, um participante aponta a influência que alguns adolescentes podem exercer sobre os meninos/as acometidos por transtornos mentais graves e persistentes. “[...] *eu acho que misturou pessoas especiais com doenças mentais, com álcool e droga que acaba sendo as pessoas ou umas pessoas são muito influenciadas*” E9. Desta forma, as percepções sobre o cuidado junto com a outra demanda não atingem um consenso entre os profissionais. Pode-se refletir se tal questão afeta o cuidado dirigido a criança e adolescente em uso de SPA no serviço.

Em pesquisa realizada em CAPSij que atende as duas clientelas, verificou-se uma organização para que as crianças e adolescentes das duas demandas tivessem dias distintos para atendimentos no serviço, sendo dois dias na semana para cada. (Luckow, & Cardoso, 2017). Entretanto, o proposto após a implementação da RAPS é que a criança e o adolescente que fazem uso de SPA devem ser assistidas no CAPSij, na existência desse no município, assim, diante desse novo cenário, ambas as demandas deveriam ser assistidas no mesmo CAPSij (Belloti, Quintanilha, Tristão, & Avellar, 2017).

Segundo Belloti, Quintanilha, Tristão e Avellar (2017), o que aproxima o cuidado direcionado às demandas AD e transtornos mentais graves e persistentes em crianças e adolescentes seria o modelo de atenção psicossocial e as particularidades da atenção à saúde mental infantjuvenil, como adequação da linguagem, a inserção do lúdico no campo das intervenções. Entretanto, ainda segundo os autores, verifica-se uma conotação estigmatizante atribuída especialmente pelos familiares, relacionada às crianças e adolescentes usuários de SPA, sobretudo quanto à periculosidade ou à “má influência” em relação ao uso de drogas, o que promove um distanciamento entre as duas clientelas. Observa-se, a partir dos resultados,

que os profissionais em algumas situações também possuem esse entendimento, reproduzindo uma ideia perpassada pela lógica manicomial. Isso foi verificado em algumas entrevistas quando se fala sobre a influência que os adolescentes AD podem exercer sobre os adolescentes acometidos por transtornos mentais graves e persistentes, ou mesmo em algumas falas e posturas moralistas direcionada a eles em algumas situações, como no exemplo:

A Adolescente AD fala de um morro G. e pergunto o que a interessa lá; ela fala dos “rocks” e a outra menina (transtorno) diz que no final de semana esteve lá. A adolescente AD me mostra um vídeo de um “rock” neste morro. Pergunto a ela se é possível ir lá e não usar drogas (pergunto assim porque ela optou por não usar drogas), ela diz que é e a outra adolescente (‘transtorno’) diz que ninguém pode obrigar a isso. A profissional diz que é assim que começa, que tá todo mundo usando e a pessoa acha que como só ela não usa, tem que usar também [...] repreende novamente e diz que “quem com porcos ...” (Observação Grupo de Meninas 4).

Ainda que não seja intencional, algumas falas e posturas promovem uma repetição das práticas segregatórias e estigmatizantes, e apontam dificuldades no olhar direcionado para crianças e adolescente em uso de SPA como um sujeito em sua totalidade, enquadrando-o em um padrão historicamente definido de periculosidade e marginalização. Dessa forma, em alguns momentos, os adolescentes são assujeitados, ou seja, vistos como objeto e, conseqüentemente, a relação que se constrói com eles é pautada na ideia de eu-isso (Jacoby, 2008), como visto no eixo 3 desta tese e explicado no capítulo “Referencial Teórico”.

Importante ressaltar que para Jung as relações acontecem tanto inconsciente como conscientemente ao mesmo tempo, sendo possível ocorrer as duas experiências na relação terapêutica. A atitude Eu-isso, comparada ao Logos, reflete a competência de “nos separarmos do mundo que nos rodeia, transformando-o em objeto para poder reconhecê-lo de fato, refletir sobre ele” (Jacoby, 2008, p.70). Por outro lado, o Eu-você, comparado ao Eros, reflete a ligação afetiva com outras pessoas, com o mundo e com nós mesmos. Assim, as duas atitudes são

imprescindíveis para a efetivação do relacionamento terapêutico profissional-usuário do CAPSij. Se não há Eros, não há relação, se não há Logos, não há conhecimento desse indivíduo e do que é possível oferecer a ele; logo, ele permanece num lugar de marginalização.

Embora poucos entrevistados refiram o lugar de marginalização no CAPSij, dentro grupo hermenêutico dialético tal questão aparece fortemente, a começar por uma preocupação com o momento de acolhimento. Os resultados apontam que um atendimento muitas vezes pautado numa visão preestabelecida, num julgamento, pode prejudicar o acompanhamento do usuário no serviço. Este é um motivo de preocupação, pois, à medida que a escuta é marginalizada, o acolhimento não oferece possibilidades para as potencialidades do sujeito. *“[...] como a gente vê e o andamento que a gente dá a isso, de alguma forma simplista ou já preestabelecida de receber alguns casos e a gente acaba fazendo esse prejulgamento e isso acaba definindo o restante do processo”* (Grupo3).

Convoca-se, portanto, à reflexão sobre como cuidar de um sujeito que possui particularidades, seja pelo fato de ser criança e/ou adolescente, seja pelo fato de realizar uso nocivo de SPA. Em especial porque historicamente à criança é direcionado um “cuidado” tutelar e ao “usuário de substâncias psicoativas”, pelo estigma de periculosidade e criminalidade, é atribuído um “cuidado” hospitalocêntrico, pautado na moralidade e punição. Nesse sentido, o lugar de marginalização é um lugar de não cuidado, onde o adolescente não é tratado como um sujeito em sua totalidade.

Compreende-se que ao não tratar o adolescente como um sujeito em sua totalidade, a atitude direcionada a ele é amparada somente, ou em sua maioria, numa atitude Eu-isso, sem o Eros, ou seja, sem relação. Uma atitude dessa natureza implicaria em “transformar qualquer coisa ou qualquer pessoa fora de si mesmo num objeto, para poder pensar a respeito dele ou usá-lo” (Jacoby, 2002, p. 69). Assim, na ausência de um “Você”, ou seja, de uma pessoa com

subjetividade, presente nesse lugar de marginalização, compreende-se uma ausência de lugar de cuidado, visto que cuidado no referencial junguiano, implica necessariamente em relação. Dessa forma, com a marginalização, não há relação e, conseqüentemente, não há lugar, reforçando-se a tese de que o lugar seria relacional.

Diante dessa situação, é necessário promover ações que trabalhem a percepção desses estereótipos no serviço, a fim de favorecer que as crianças e adolescentes sejam compreendidas em sua totalidade e, portanto, consideradas ao se pensar e construir um cuidado dirigido a elas. Além disso, tal qual os complexos pessoais, os complexos culturais precisam ser conscientizados para serem integrados ao dinamismo da totalidade, de modo que seu potencial não prejudique o indivíduo e o grupo, mas pelo contrário, possa abrir possibilidades de construir novo futuro.

4.2.Lugar de Cuidado

Entende-se, a partir de uma perspectiva junguiana, que “lugar de cuidado” deveria oferecer segurança e proteção para que, a partir das relações estabelecidas com os cuidadores e com a sociedade, o indivíduo possa ressignificar a relação consigo mesmo. Nessa categoria obteve-se as seguintes subcategorias temáticas: “Lugar de referência/ Espaço protegido”, “Lugar que sobra” e “Profissionais e a atuação na construção do lugar”.

4.2.1. “Lugar de referência/ Espaço protegido”

Apesar de num primeiro momento os profissionais apresentarem dificuldade em responder à questão sobre o lugar, todos se remeteram ao CAPSij como uma referência para os usuários, onde esses sentem-se protegidos e cuidados em momentos complicados de suas vidas. Isso se deve, especialmente, pelo vínculo construído entre os profissionais e o usuário, como

verificado nos eixos 1, 2 e 3 desta tese. A exemplo disso, têm-se as situações em que os adolescentes procuram o CAPSij diante da necessidade de conversar sobre algum evento delicado vivenciado, tais como situações de ameaças. Os profissionais assinalam que esta seria uma forma de pedir ajuda. *“Eu acho que eles tão pedindo ajuda né, uma forma de pedir ...eu não sei o que fazer, eu não sei pra onde ir, tem esse lugar aqui”* R4.

É importante ressaltar que a crise é um momento de grande fragilidade do adolescente, sendo fundamental a existência de alguém de referência, pois o manejo nessas situações requer um vínculo estabelecido. Nesse sentido, os serviços de cuidado longitudinais²¹, como o CAPSij, “podem ser mais efetivos, pois os profissionais conhecem a história do sujeito, o contexto que se desencadeou a crise, o contexto familiar e, de modo geral, com vínculos de confiança estabelecidos com o usuário” (Brasil, 2014, p. 36-37).

Sendo o vínculo, para a psicologia analítica, compreendido pela relação transferencial, especialmente no que aproxima o agente terapêutico ou o serviço aos adolescentes, esse assume um lugar de referência que extrapola o cuidado dirigido a uma dificuldade momentânea, ampliando-se como um lugar onde o sujeito poderá sentir-se protegido para que ele possa aprender a lidar com dificuldades futuras. A ideia de “lugar protegido” pode ser relacionada à noção de *temenos*, termo utilizados pelos gregos antigos para determinar um local sagrado (Samuels, Shorter, & Plaut, 1988). Assim, esse *temenos* é o lugar “separado” do mundo profano onde a divindade se manifesta, e onde os “milagres”, especialmente de cura, acontecem (Otto, 1985).

A partir da psicologia analítica, pode-se fazer uma relação entre o “*temenos*” e o *setting* terapêutico, ou seja, o lugar onde o paciente pode se sentir “protegido”. O termo é usado como

²¹ Entende-se por serviços que realizam acompanhamento contínuo dos usuários, tais como a Atenção Básica de Saúde e a Atenção Psicossocial.

uma metáfora para a aplicação psicológica, especialmente para descrever um lugar analítico (transferencial): “o continente psicológico moldado pelo analista e pelo paciente durante a análise e caracterizado por um respeito mútuo a processos inconscientes, sigilo, um compromisso com a atualização simbólica e confiança no senso ético um do outro” (Samuels, Shorter, & Plaut, 1988, p. 210). Pode-se amplificar ainda a ideia de *temenos* como um termo alquímico cujo entendimento seria “recipiente hermético vedado” dentro do qual acontece a transformação dos opostos (Jung, 2012b). Analogicamente, o processo terapêutico seria o continente analítico/setting, onde consciência e inconsciente se relacionam e onde as transformações são possíveis. Segundo Tristão e Avellar (2014), o setting poderia ser definido como o lugar potencialmente terapêutico, sendo que este não é necessariamente físico, mas relaciona-se ao espaço onde a relação terapêutica/cuidado se estabelece. Assim, o CAPSij pode ser visto como esse *temenos*, o lugar seguro, onde transformações necessárias ao seu processo de desenvolvimento podem acontecer.

Segundo os profissionais, alguns adolescentes que já frequentam há mais tempo o CAPSij apresentam “um sentimento de pertença”. Percebe-se que nesses momentos os usuários sentem o CAPSij como o lugar deles, onde podem recorrer quando têm algum problema: “*eles se sentirem pertencentes naquele espaço né, muitas vezes acontece alguma coisa e ao invés deles procurarem alguém da família eles vem aqui conversar[...] eu acho que isso é o lugar deles aqui né*” R8. Segundo os entrevistados, isso ocorre devido a um “lugar relacional”, construído especialmente a partir do vínculo entre profissionais e os usuários: “[...] *os vínculos que eles fazem aqui, acho que isso é muito importante assim, o lugar dele aqui, dele se sentir acolhido, bem recebido que é o espaço dele*” R8.

A relação com o lugar sagrado pode ser compreendida, nesse contexto, como uma possibilidade de busca por um sentido para esse sofrimento, bem como para um conforto ou cura para o sofrimento, ainda que momentâneo. Essa cura não se trata somente do evento em

que as pessoas resgatam a saúde, mas também significa “a recuperação da segurança, do bem-estar, da honra, do prestígio, de tudo aquilo que seja reordenação do caótico, do imprevisível, do negativo em termos religioso-ideológicos ou pessoais, em relação a si mesmo, aos outros e ao mundo (Minayo, 1994, p. 66).

Entretanto, apesar do entendimento da importância do vínculo e do “lugar relacional”, percebe-se que isso não se dá com todos os profissionais do CAPSij. Isso fica restrito a um grupo de profissionais: *“um lugar onde se buscar, mas o atendimento que ele vai receber eu acho que é diferenciado, dependendo de quem tiver aqui”* R6.

Assim, embora se discuta a possibilidade de existência de um lugar de cuidado para a criança e o adolescente que usa drogas, entende-se que esse “lugar” está condicionado a quem está disponível afetivamente a construir um cuidado em conjunto com o usuário. Assim, a partir disso, é possível construir outras relações de cuidado, seja por parte dos profissionais, seja por parte dos próprios adolescentes.

4.2.2. Lugar que sobra

Atrelado ao lugar marginalizado, podemos perceber, a partir da construção do único grupo de adolescentes AD, que esse é um lugar de “sobra”. O dia e horário do grupo foi escolhido pois é um horário que há menos crianças e adolescentes com transtornos mentais graves ou persistentes, sendo essa a melhor possibilidade de encontrar um espaço possível para os adolescentes transitarem no serviço. *“Nós escolhemos a sexta, porque a sexta feira é mais vazio dos meninos do transtorno. [...] Tem menos demanda e a gente conseguiria deixar os meninos mais a vontade, né, no espaço. [...] De poder os meninos transitarem melhor”* E3.

Outra questão que trouxe bastante incômodo aos participantes foi pensar no lugar destinado aos adolescentes quando estes precisam de repouso dentro do serviço, a saber, um colchonete no chão de uma sala com poucos recursos.

“ Às vezes até isso, um paciente, às vezes ou tô precisando de um cuidado maior, você não tem, as pessoas muitas vezes acham natural você botar um paciente para dormir no colchão, então é natural para muita gente passar por aí pela rua e tem um monte de gente deitada no chão da rua. E não tem nenhuma sala própria para isso. Essa semana a gente colocou ali no cantinho, quando sobra lugar para colocar” (Grupo 2).

Os profissionais chegaram ao consenso que o lugar não seria apropriado para esse cuidado, e que na ausência de recursos por parte do estado eles poderiam reservar uma sala para que o repouso fosse prioridade e transferir para essa sala uma *“cadeira do soro, tipo uma cadeira do papai... dá para dormir ali, você levanta o pé, ela reclina, dá para tirar um cochilo”* (Grupo 2). Sendo essa uma ação mais imediata e que poderia ser realizada pelos próprios funcionários do serviço.

A proposta de ação foi levada para a reunião de equipe onde não houve consenso. Tal situação trouxe bastante incômodo para os participantes do grupo hermenêutico dialético, tanto pela ausência de adesão, como pela *“fala de um profissional de que o adolescente não pode sentir que aquele é um espaço confortável e passar a procurar o serviço mais pelo repouso”* (Grupo 2). Tal questão reflete a diferença no que tange às percepções do lugar da criança e do adolescente em uso de drogas no CAPSij para os profissionais do serviço, a serem descritas na próxima categoria: *“Profissionais e a atuação na construção do lugar”*.

Ao pensar que os adolescentes ocupariam o *“lugar que sobra”*, vai-se de encontro à proposta das políticas de saúde mental infantojuvenil, que orienta que havendo um CAPSji no município esse deve acolher crianças e adolescentes com transtornos mentais graves ou persistentes e transtornos decorrentes do uso nocivo de álcool e outras drogas, especialmente quanto ao acolhimento universal (Brasil, 2005;2014). Essa visão também é contrária às diretrizes do SUS, sobretudo quanto ao princípio da *“Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”* (Lei 8080).

Vale ressaltar que à medida que os adolescentes possuam menos espaços no serviço, especialmente se comparado a outra demanda, a eles também seriam oportunizados menos privilégios. Cabe questionar se para além das dificuldades de o adolescente (não só AD) permanecer dentro do serviço, dada a característica atribuída a eles, de serem mais inquietos e instáveis (Cerutti, Belotti, Tristão, & Avellar, 2017; Coval, 2006), existe também uma dificuldade do serviço em entender esses adolescentes em sua totalidade, para além da característica “inquieto”.

Ao se entender que o adolescente “*não pode sentir que aquele é um espaço confortável*”, ou seja, que promove auxílio, proteção, aconchego, consolo (dinamismo materno), não se pensa o cuidado pautado na inserção do Eros. Segundo Guggenbuhl-Craig (1986), o Eros também pode representar a força psíquica criativa, sendo responsável por interligar todos os aspectos do indivíduo, os elementos do mundo interior e os elementos do mundo exterior. A ausência de Eros nos espaços terapêuticos pode representar uma lacuna nessa possibilidade de interligação, o que conseqüentemente não estaria a favor do desenvolvimento. Para Guggenbuhl-Craig (1986) “Sem Eros não há desenvolvimento” (p.90, tradução nossa), as relações humanas se paralisam, assim como relações consigo mesmo. Nesse sentido, sem Eros não há possibilidade terapêutica no âmbito psíquico, no âmbito do processo de individuação. Assim, o cuidado torna-se apenas tratamento, fundado no Logos, que para “conhecer” precisa classificar, organizar e discriminar. Nesse aspecto, faz-se importante recorrer ao entendimento da atuação dos profissionais na construção do lugar, como será visto na próxima categoria temática.

4.2.3. A atuação na construção do lugar pelos profissionais

Os entrevistados assinalam que também é função do profissional criar possibilidades para que as crianças e adolescentes tenham um lugar de cuidado no CAPSij. Entretanto, discute-

se sobre quem se dedica a criar tais espaços e, conseqüentemente, quem atua na construção de um lugar para essa demanda dentro do CAPSij. Isso ocorre em função da característica peculiar desse CAPSij de ser fruto de junção recente com um CAPSadi. Assim, verifica-se que os únicos serviços que são oferecidos são coordenados pelos profissionais que vieram do CAPS adi, com a presença de alguns profissionais que entraram depois da junção dos serviços “[...]de que no dia que eles [profissionais que vieram do antigo CAPS adi] estão, eles tem o lugar deles...no dia que eles não estão eu acho que talvez eles não tenham esse lugar” R6.

Tais questões levam à discussão de que o lugar da criança e do adolescente em uso de SPA seria somente para parte da equipe, e que a ausência dessa “equipe” implicaria numa ausência de lugar para os adolescentes. Entende-se que o cuidado realizado no CAPSij implicaria em oferecer à criança e adolescente um lugar no serviço, mas somente para parte da equipe. Vale ressaltar que na junção do CAPSij com o CAPSadi não houve uma determinação para dividir a demanda, ao contrário, ficou estipulado que todo e qualquer profissional do CAPSij seria responsável pela demanda referente a seu território de referência, seja a demanda AD ou de transtornos mentais graves e persistentes. “E quando tinha um paciente aqui, ‘Ah esse aqui é o menino do fulano’, e às vezes eles tinham que sair da atividade que eles estavam fazendo, para ela atender paciente porque ninguém podia atender porque era de álcool e drogas” (Grupo 1).

Ressalta-se que a decisão de junção dos dois serviços se deu de maneira verticalizada, sem a participação dos profissionais, usuários e familiares nas discussões, decisões e planejamento. Tal forma de gestão não só prejudica a construção dos profissionais de seu trabalho, como também gera sofrimento aos profissionais e, conseqüentemente, afeta a construção do cuidado. (Belotti, Quintanilha, Tristão, & Avellar, 2017). Segundo Campos, Onocko-Campos e Del Barrio (2013), uma prática clínica em saúde mental dependeria “[...] de formas compartilhadas de cuidado, de diálogo entre o saber científico dos profissionais e o

saber existencial de cada usuário” (p. 2802). A construção de conhecimento nesse sentido depende de uma “[...] Mediação entre os conhecimentos acumulados, expressos em protocolos, em diretrizes clínicas e sanitárias e, por outro lado, a vida concreta do usuário” (Onocko-Campos, & Del Barrio, 2013, p. 20803).

Entende-se que uma maior atuação dos profissionais na construção do lugar para a criança e adolescente também implicaria em construção de conhecimento acerca dessa questão, especialmente quando se entende que conhecimento implica em tomada de consciência e isso se dá pela ampliação e integração dos fenômenos internos e externos (Jung, 2013; Penna, 2013). Nesse sentido, na ausência de um espaço de elaboração por parte dos profissionais, tanto dos aspectos técnicos a serem desenvolvidos, como do envolvimento afetivo com a prática, visto que foi imposta, prejudica a inserção real do profissional nessa forma de cuidado. Conseqüentemente, os profissionais enquanto grupo/equipe não conseguem atuar de maneira ativa na construção de um lugar para a criança e adolescente em uso de SPA.

Vale questionar até que ponto a ausência de desejo de trabalhar com a clientela AD infantojuvenil tem relação com limites pessoais, especialmente advindos dos processos de trabalho, dada a decisão verticalizada, ou pelo aspecto referente aos próprios conteúdos inconscientes projetados no grupo social – “adolescente drogadito”. Da mesma forma que o colocar-se disponível perpassa a questão da construção do vínculo transferencial, o alienar o grupo pode estar relacionado à contratransferência da sombra coletiva. Enquanto projeção de sombra, ou seja, aspecto interno não reconhecido e desejado, o adolescente torna-se também não desejado. Segundo Silveira Filho (2002), o usuário de drogas é o depositário das projeções de todos os conteúdos indesejáveis em nossa cultura.

Pode-se entender que os profissionais algumas vezes são capturados pelo estereótipo (Klimber, 2003) que envolve o usuário de drogas, como o que não tem controle, o malandro, o

que fracassa. Diante das próprias dificuldades com a falta de controle sobre o tratamento do adolescente, e como consequência um fracasso terapêutico, sentimento esses que são vivenciados pelos profissionais frequentemente, há a possibilidade de que tais aspectos sejam projetados nesse grupo específico, que tendo “ganchos” servem com depositário para tais sentimento. Assim, quando “fisgados” pelo complexo cultural (Singer, 2003), como visto nos eixos 1 e 2, o serviço não olha para o adolescente como um sujeito, mas o classifica como um objeto somente.

Vale ressaltar que na medida em que é possível não somente conhecer o sujeito com quem se relaciona no cuidado, como também a si mesmo, é possível compreender e assimilar o que dessa relação é transferência do agente de cuidado, e portanto, o adolescente não seria sujeito, mas objeto. É quando se olha para a da totalidade do outro, reconhecendo-o assim enquanto um “você”, ou seja, entendendo um “lugar do sujeito”. Tal questão leva a discussão da próxima categoria, a saber: o lugar do sujeito.

4.3.Lugar do Sujeito

Por “lugar do sujeito” verifica-se o posicionamento atribuído ao adolescente em suas escolhas, e em seu próprio cuidado, no sentido de alguém capaz de produzir estratégias de cuidar de si mesmo, como verificado no Eixo 2. Pensa-se, portanto, se esse adolescente é reconhecido enquanto sujeito.

Verifica-se que muitas vezes o adolescente não deseja o que os profissionais consideram “*senso comum que deseja um adolescente*” (Grupo 3). Assim, o interesse desse público atendido no CAPSij perpassa muito o uso de SPA e o trabalho com o tráfico. “[...] *ele não deseja aquilo que a gente pensa que seria um caminho de vida adequada para um adolescente*” (Grupo 3).

Os participantes indicam que “o caminho de vida adequado para um adolescente” seria estar na escola, pensar num futuro.

Apesar dessa diferença entre a demanda do profissional e do adolescente AD, há uma tentativa de trabalhar com o entendimento de que o usuário pode manter o uso da droga, sem que isso atrapalhe sua vida: *“acho que a gente já consegue entender isso que a gente acha que eles deveriam fazer, mas que eles podem continuar usando a droga dele, tem muita gente que usa e trabalha, e não tem problema”* (Grupo 3).

Percebe-se, contudo, que há uma diferença entre o que representa o desejo dos profissionais e o desejo dos adolescentes nessa busca de um lugar de sujeito. É preciso refletir que ainda que se deseje retomar o processo de amadurecimento (individuação), esse já anda em curso e o adolescente já construiu, de sua forma, algumas atitudes e ideias que fazem parte do que eles entendem como configuração de uma identidade. Identidade essa construída, em sua maioria, pautada num coletivo, onde a droga tem participação ativa. Entretanto, à medida que é possível apresentar a esse adolescente outros “objetos”, ou seja, outras possibilidades de experiência (da cultura, do lazer, do esporte, das relações com os profissionais) é possível auxiliá-lo a construir relações diferentes com esses mundos, sem necessariamente alienar-se por completo do mundo que conheceu anteriormente. Assim, o “manter o uso da droga sem atrapalhar sua vida” reflete o aprendizado de um uso responsável, o que se coaduna com a Política de Redução de Danos (Brasil, 2005b) de maneira que o adolescente possa continuar se permitindo novas relações com o mundo, e conseqüentemente, ampliando e integrando esses novos aspectos, dando continuidade a seu processo de individuação, ou seja, “ser quem se realmente é”, incluindo suas dificuldades e aprendizados.

Entretanto, os profissionais algumas vezes se questionam se as crianças e adolescentes teriam maturidade para fazer tais escolhas, e se seria adequado sugerir estratégias de RD: “[...]”

eu acho muita responsabilidade pra eles, que eles não têm” (Grupo 3). Entendendo-se que a RD diz respeito tanto à modificação da relação com o uso, como de expansão de vida (como visto no Eixo 2), o que é fundamental, especialmente por tratar-se de um grupo vulnerável que careceria de atitudes protetivas. Contudo, faz-se necessário refletir que alguns desses adolescentes assistidos no CAPSij, sobretudo os que vivem em situação de rua, encontram-se na exigência de cuidado, e assim “as estratégias de redução de danos podem criar relacionamentos, como condição para receber cuidados, o que, de outra forma, seria impossível de se desenvolver” (Passos, & Lima, 2013).

Isso parece gerar certa frustração aos profissionais – apontado inclusive como uma grande dificuldade no que tange o cuidado direcionado a esse público – especialmente porque a adolescência é vista como um ponto crucial para a vida desses sujeitos. *“Acho que tudo na vida tem, ainda como resolver, mas nessa faixa etária da vida, eu acho que é crucial. Ou é agora ou mais tarde é fadado a marginalidade ...eu acho que é nesse sentido”* R4.

Ainda que seja imperativo apostar que o adolescente em situação de vulnerabilidade social pode desenvolver estratégias para cuidado de si mesmo com o auxílio do serviço, a “falha”, ou seja, quando o adolescente não consegue ou quando escolhe não fazê-lo, pode gerar frustrações nos profissionais. Pode-se refletir sobre uma possível identificação do profissional com essa falha ou negação do usuário, o que muitas vezes é sentido, dada a contratransferência, como falha própria. Isso pode tanto gerar um sofrimento e angústia por parte do profissional, como uma atitude compensatória de tentar “resolver pelo adolescente”, e assim, traçar as metas para o adolescente, o que também o coloca na posição de “não-sujeito” e, conseqüentemente, “não-lugar”.

Por outro lado, os profissionais concordam que é necessário perceber o usuário como cogestor de seu tratamento, sendo fundamental ouvi-lo quanto ao desejo e sentido que ele dá a

esse lugar, ainda que não seja o mesmo que o sentido percebido pelo profissional. *“Eu acho que ele tem que ter uma parcela de responsabilidade nisso, e aqui entraria o exterior, essa família também que eu acho”* (Grupo 3).

A medida em que tentar olhar para o adolescente em sua totalidade, e isso implica reconhecer suas falhas e potencialidades, inicia-se o processo de transposição da relação “eu-isso” para uma relação que inclua “eu-você”. Enquanto um “você”, o adolescente pode ser entendido e olhado como sujeito. Assim, por “lugar do sujeito” também pensamos no posicionamento que é atribuído a esse sujeito em seu próprio cuidado, no sentido de alguém capaz de produzir estratégias de cuidado de si mesmo, como propõe a psicologia analítica (Whitmont, 2014). Nessa direção, o agente de cuidado precisa compreender o usuário como o protagonista na possibilidade de um novo modo de agir frente ao desafio imposto pelo problema das drogas na atualidade. Nesse contexto, além de serem convidados a assumir tais desafios, esses atores seriam deslocados do lugar determinado socialmente pelo preconceito para um “lugar de sujeito”.

EIXO 5 - O LUGAR FALADO E VIVIDO PELOS ADOLESCENTES

A partir dos resultados dessa categoria, compreende-se como o adolescente em uso de substâncias psicoativas entende e busca o lugar de cuidado. Para tanto, utilizou-se as entrevistas com os adolescentes e os registros de observação. A partir da análise obteve-se as seguintes subcategorias: “Lugar no CAPSi”, 2. “Lugar de cuidado no CAPSi”, 3. “Lugar na cidade” e 4. “busca por um lugar”.

5.1. Lugar no CAPSi

A subcategoria “Lugar no CAPSi” compreende resultados que falam sobre “Lugar de doido”, “Lugar junto ou separado com a demanda de transtornos mentais graves e persistentes” e “Lugar de tratamento”.

Verifica-se que em alguns momentos o CAPSi seria visto pelos adolescentes como “*lugar de doido*”. Tal percepção é feita pelos adolescentes; há relato dos mesmos de terem escutado isso em outros ambientes: “*Igual hoje, eu fui pedir informação e a pessoa perguntou: ‘Por que? Você é doida?’ , aí eu olhei pra cara da pessoa e falei: ‘Eu não!’ , eu peguei e falei: ‘Não, eu só vou lá entregar um negócio pra uma colega minha’*” (Luluzinha da Alta).

Entende-se, a partir dos resultados, que a construção social do espaço do CAPSi, mesmo relacionada à questão infantojuvenil, ainda é perpassada pela visão estigmatizante da loucura, um “lugar de doido”, o manicômio. Isso se reflete também nas falas e visões dos adolescentes em uso de SPA acompanhados no CAPSi: “não vou lá, porque é lugar de doido”. Tal aspecto pode gerar uma dificuldade no que tange ao processo de vinculação dos adolescentes em uso de SPA ao CAPSi, visto que a construção de uma visão cultural acerca da loucura é pautada no sentimento de rejeição e exclusão (Jodelet, 2005).

Nessa direção, os adolescentes indicam o fato de o cuidado no CAPSi ser *junto ou separado* dos usuários acometidos por transtornos mentais graves e persistentes. Isso foi

verificado nas entrevistas e nos relatos, mas também em várias vivências dos grupos no CAPSi: *“Ao passar por um lugar que dá pra ver um morro conhecido...eles fazem alguns comentários, como não querer ser visto perto dos outros meninos (os que têm questões referentes a transtornos mentais graves e persistentes); falam um pouco daquele lugar – ambiente de tráfico”* (Observação Grupo de Vivência 9).

Verifica-se aqui uma dificuldade na aproximação aos adolescentes acometidos por transtornos mentais graves e persistentes. Tal aspecto pode relacionar-se a uma percepção de que o outro, enquadrado no “lugar de doido”, não pode estar presente no grupo dos adolescentes AD, para que este também não seja enquadrado como doido. Entende-se que os complexos culturais (Kimbles, 2003) podem favorecer a aproximação afetiva do indivíduo com os padrões culturais do grupo que pertencem, ou que gostariam de pertencer. Tal aspecto é pertinente para a construção da vinculação do adolescente AD ao serviço, por intermédio do grupo de vivências, visto que organizam um sentido de pertença. Entretanto, essa mesma ideia de pertença pode atuar como uma função negativa do complexo cultural, na construção de preconceitos e de uma atitude que enxerga o outro com um olhar de desvalorização (Klimbes, 2003). Assim, o afastar o outro, desvalorizando-o, poderia ser compreendido como uma tentativa de afirmar sua identidade enquanto grupo.

Verifica-se, a partir das observações, que em certos momentos alguns adolescentes parecem ficar inibidos com a presença dos adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, e vice-versa. Entretanto, à medida que se trabalha com as duas demandas em conjunto, percebe-se em alguns grupos que tal inibição pode ser suplantada. Faz-se necessário refletir sobre os aspectos positivos de ter as duas demandas juntas, como aprender a lidar com as diferenças, ter paciência, partilhar dificuldades semelhantes, ainda que as demandas principais sejam diferentes, tais como um contexto socioeconômico e familiar prejudicado.

Trabalhar o cuidado nesse contexto permite trabalhar no âmbito do dinamismo da alteridade, onde a pessoa pode se reconhecer enquanto sujeito a partir do reconhecimento do outro, não somente em seu aspecto identificatório, mas reconhecendo a função do “outro” em seu desenvolvimento. Tal aspecto teria grande importância pois sua “grande virtude é a manutenção da sua identidade e coerência, e deixar as coisas acontecerem ao mesmo tempo que se abre democraticamente para o outro a quem respeita basicamente, porque sabe que necessita para se complementar e não perder sua vivência de totalidade” (Byington, 1983, p. 24). O aprendizado de relacionar-se em harmonia com o diferente favorece o desenvolvimento de uma atitude Eu-Você em nível micro (CAPSij), para posteriormente poder ser ampliado para o nível macro (cidade).

Outra questão pertinente apontada pelos adolescentes e observada durante a pesquisa trata-se do uso que os adolescentes fazem do “CAPSij”, sobretudo a relação entre o *lugar de tratamento* e um lugar para o uso de “drogas” ou para realizar as mesmas atividades relacionadas ao ambiente do tráfico. Em entrevista, o adolescente relata uma situação que vivenciou: “[...] *Os meninos fumaram aqui, e aí o pessoal ‘tava’ tudo aqui pra dentro. Aí fumaram sem nem... Eu fiquei com medo de alguém chegar e ver. Eu fiquei com vergonha também. [...] porque a gente tá vindo aqui pra se tratar e vem e fuma aqui, eu acho...sei lá, sacanagem. Eu só dei uns dois ‘tapa’ só e depois eles guardaram*” (Luluzinha da Alta).

Em um dos grupos, os adolescentes aproveitam para conversar sobre essas situações, alguns questionam sobre o uso de drogas naquele espaço e sobre o porquê vão ao CAPSij: “*A adolescente diz que vem pra cá pra parar de usar e os meninos vão usar lá fora? Que sentido tem isso? O profissional aproveita e pergunta pra que serve o CAPSij? A adolescente diz que é pra parar de usar drogas. O adolescente CH fala que vem obrigado*” (Observação Grupo de Vivência 11).

Verifica-se uma linha tênue entre a percepção de um lugar de “tratamento” e um lugar onde eles poderiam manter o uso de drogas e outras atitudes correspondentes a seu cotidiano. A partir de tal ideia, poderíamos pensar no “lugar de tratamento” como um “entre”, um espaço entre o entorno da droga e entre uma instituição de saúde, e como “entre” ele pode ter, para os adolescentes, características de ambos. Isso é importante por possibilitar o sentimento de pertença e conseqüentemente a vinculação do adolescente ao serviço. Entendendo a construção de ideia de grupo para esses adolescentes, relacionado ao complexo cultural (Singer, 2003; Klimber, 2003), é possível entender que em seu núcleo exista uma relação com o entorno da droga. Assim, suas atitudes expressam os comportamentos repetitivos relacionados ao complexo cultural constelado, visto que estão enraizados no que é tido como fundamental, sendo difícil refletir ou resistir a ele.

Segundo Singer (2003), quando o coletivo, como o núcleo de um grupo, é nutrido saudavelmente, o espírito coletivo sustenta e orienta do coletivo para o individual. Mas quando o espírito do grupo está ferido, ativam-se as defesas arquetípicas do grupo, que facilmente assumem uma ferocidade e energia de quem combate algo, a fim de proteger o valor sagrado do grupo e evitando sua extinção. Entende-se que, usualmente, nos adolescentes pertencentes a esse grupo são “feridos”, seja pelas condições de violência estrutural, seja pela demonização da droga e do usuário, dentro e fora do CAPSij. Essa atitude de transgressão poderia ser uma defesa à possibilidade de esfacelamento ou enfraquecimento do grupo. Dessa forma, é preciso compreender simbolicamente essa transgressão. A que ela serve? Se o serviço projeta no grupo de adolescentes a sombra coletiva, a atitude a ser tomada vai repetir a atitude da sociedade, de exclusão. Entende-se que “sombra” refere-se a aspectos próprios (individuais ou coletivos) que não se consegue enxergar ou aceitar, e que é projetado no outro (usualmente, características consideradas negativas) (Jung, 2014; 2015). Assim, a sombra coletiva projetada no adolescente usuário de SPA reflete a miséria social, a ruína (fracasso), que projetada no outro – em nível de

objeto – não nos exige lidar com o que é “nosso” também: “nosso” fracasso em constituir uma relação terapêutica que acreditamos ser “saudável” ou “aceita”.

As regras, transgredidas pelos adolescentes, podem ser compreendidas atreladas ao dinamismo paterno, marcado pelos estabelecimento de limites, da lei, necessárias ao processo de responsabilidade pessoal. Entretanto, se faz necessário na fase de desenvolvimento da adolescência, a continuidade do processo que implica numa diferenciação dos dinamismos parentais, em direção ao dinamismo da alteridade, como discutido no eixo 2 desta tese. Nessa direção, o olhar para a transgressão, como parte do sujeito, de sua constituição e desenvolvimento, à medida que é compreendido, oferece-se um espaço para reconhecimento e intergração, seja pelo serviço, seja pelo grupo que continua em construção, permite também o desenvolvimento grupal e a partir do coletivo, a integração de uma nova forma de se relacionar com o mundo.

Para tanto, é necessário que a compreensão de que os modelos de cuidado ao sujeito em uso de substâncias psicoativas transponham a compreensão que identifica a droga como inimigo a ser vencido e o usuário como depositário do que é indesejável culturalmente (Silveira Filho, 1994), para a compreensão simbólica da doença e dos sintomas/símbolos apresentados pelo sujeito a quem se acompanha. Assim, é importante falar sobre esse símbolos expressos também nas atitudes dos adolescentes (como a transgressão) entre os membros do próprio grupo, visto que à medida que se possibilita “o falar sobre” entre iguais, abre-se a brecha para, a partir do coletivo, integrar os aspectos desconhecidos ou pouco desenvolvidos do sujeito e, conseqüentemente, construir um “lugar de cuidado.”. Não se entende aqui, que as transgressões devam ser permitidas sem que limites sejam apresentados, mas ao contrário, os limites são fundamentais, mas precisam vir acompanhado de Eros e de alteridade.

5.2. Lugar de cuidado no CAPSij

A compreensão do lugar de cuidado no CAPSij sob a perspectiva dos adolescentes foi construída a partir dos resultados que contemplam “como se sente no CAPSij”, o “lugar de interesse versus lugar de obrigação”, “lugar de cuidado” e “lugar de discriminação”.

Alguns adolescentes relatam que não se sentem bem no CAPSij, seja porque o tratamento mudou e eles não se adaptaram às novas propostas, seja porque não têm interesse no tratamento ou na relação com as pessoas. Percebe-se que, durante as entrevistas, quando os adolescentes não respondem vagamente que está tranquilo, as respostas são negativas e têm como ponto em comum as relações estabelecidas com os profissionais do CAPSij. *“Nada que é obrigado os outros não gostam. Mas fazer o que, eu tenho que comparecer né. /Pesquisador: Você gosta das pessoas daqui? Iago: Não. Cada pessoa mandada...idiota”* (Iago).

Há uma diferença na postura dos profissionais que é percebida pelos adolescentes, que parece refletir na forma como eles recebem e respondem ao cuidado, como pode-se perceber nas falas supracitadas e no relato a seguir: *“Um dos meninos reclama que ela [a profissional] estava gritando e os outros não estavam falando nada. Eles saem em grupo para outro lugar escondido”* (Observação Grupo de Vivência 14). Assim, parece que o sentimento de ter um lugar no serviço parece oscilar para eles conforme eles se sintam tratados bem ou mal.

Compreende-se que quando os adolescentes percebem que não são escutados ou que não há um interesse direcionado a eles, eles entendem que não são cuidados, ainda que permaneçam em “tratamento”. Dessa maneira, a compreensão de cuidado para os adolescentes é diferente de “tratamento”; enquanto tratamento parece estar relacionado a técnicas e procedimentos realizados para eles, e não com eles, o cuidado envolve Eros, envolve afeto, continência, atenção. Assim, pode-se concluir que quando há uma relação em que o adolescente é compreendido em sua totalidade e escutado, quando a atitude direcionada a eles estabelece-

se como um Eu-você, há um lugar de cuidado. Quando a atitude é pautada em uma relação Eu-isso, há somente tratamento, muitas vezes percebido como pautado na lógica da classificação e discriminação, típico da ausência de Eros.

Nessa direção, algumas formas desse “tratamento” evocam o sentimento de *lugar de discriminação*, mesmo em grupos com a presença dos profissionais que mais trabalham com a questão AD. Vale ressaltar que tal questão é apresentada somente por uma adolescente, seja em relação a ela ser discriminada, seja em relação aos meninos, quando sugeriram que ela tomasse cuidado quanto à aproximação de um dos adolescentes e, na sequência, a transferiram de grupo. *“Eles ficam muito preservando as outras meninas como se elas fossem santinhas [...] É, meio que vigiando. Como se eu fosse má influência. Tipo assim, ficam querendo deixar todo mundo ir embora, aí me prendem aqui só pra depois eu ir embora sozinha”* (Luluzinha da Alta).

Discriminar quer dizer classificar, isolar, estabelecer diferenças. Tais características têm aspectos positivos se considerarmos que os adolescentes em uso de SPA requerem cuidados específicos em saúde mental, e para isso precisam ser conhecidos, bem como as diferenças com o público com transtornos mentais graves e persistentes precisam ser compreendidas. O problema se estabelece se a atitude dirigida a eles se pautar somente nessas premissas e ater-se às características avaliadas como “negativas” atribuídas aos adolescentes AD. Nesse sentido, o estabelecimento de diferenças serve somente à distinção do que é tido como padrão ou desejável para um adolescente, estabelecendo-se um estereótipo. Assim, os entrevistados percebem que em algumas situações o serviço não o olha para o adolescente como um sujeito, mas o classifica como um objeto somente. É preciso esclarecer que esta não é uma atitude generalizada, mas ao contrário, pelas falas dos adolescentes, o serviço parece ser um dos poucos lugares onde se sentem escutados, inclusive quanto a seus desejos.

Sobre o interesse em estar no CAPSij, as falas variam em torno de querer estar ali e de não saber por que continuam frequentando, mas não ser obrigado: *“Você veio obrigado? Não,*

minha mãe só falou, sexta que vem você vai lá” (João); e de ir somente por obrigação judicial. Apesar da medida judicial, um adolescente aponta que gosta do serviço *“Porque tem o bagulho da justiça e também é bom né”* (Jay Woldsu).

Apesar do encaminhamento para cumprir medida socioeducativa no CAPSij ser algo recorrente, percebe-se durante a observação que, muitas vezes, o usuário não atende a essa determinação e passa a não frequentar o serviço. Entende-se que apesar da determinação judicial, os adolescentes podem “escolher” não frequentar o CAPSij e arcar com as consequências disso, situação essa que acontece com muitos adolescentes, que muitas vezes não chegaram presencialmente ao CAPSij, nem no acolhimento inicial. Assim, faz-se necessário compreender que isso envolve um desejo de estar no serviço e percebe-se tanto pelas falas das entrevistas, como pelas situações vivenciadas na observação, que a escolha por ir ao CAPSij é atribuída à relação estabelecida com os profissionais e demais adolescentes ali presentes. *“Um adolescente senta perto de mim e diz ‘vocês arrumam coisas chatas pra gente fazer, mas a gente gosta’; pergunto por que vem e ele se refere à obrigação judicial; continuo, ‘mas você falou que gosta...’ ele diz ‘venho aqui por causa de você; da Enfermeira...pra conhecer gente nova’”* (Observação Grupo de Vivência 13).

Sendo assim, se quando há relação, há cuidado, e quando não há relação, há somente tratamento, o lugar para a criança e adolescente em uso de SPA é relacional, e este é transitório, pois depende de como e quando os profissionais se relacionam com eles e quando e como eles se permitem relacionar com o serviço, e com o que eles compreendem disso.

2.4. Lugar na Cidade

Para compor a subcategoria “Lugar na Cidade” utilizou-se os resultados em torno do “lugar marginalizado” (fora do CAPSij), “Lugar na rua” e “Lugar no tráfico”.

No que tange aos sentimentos de marginalização relatados pelos adolescentes, seja nas entrevistas, seja nos grupos, verifica-se em sua maioria que os relatos discorrem sobre situações fora dos espaços de saúde. Em uma das entrevistas, há o relato que as pessoas não conseguem entender o uso de drogas e que muitas vezes o associam ao risco de roubo. *“Bom, quando você usa, não é que todo mundo vai te virar a cara. É que tem algumas pessoas que não conseguem entender...que tipo, é um problema e tem como ser resolvido, entendeu. Aí às vezes tratam mal, às vezes xingam. Acham que a gente vai roubar ela, entendeu?”* (Aleff).

Vale ressaltar que todos os adolescentes que participaram das atividades observadas são negros e pobres. Pode-se refletir, portanto, se as experiências de marginalização se devem somente ao uso de drogas ou a como a etnia e classe social são percebidas pela sociedade. Também é possível questionar porque somente os meninos com essas características “chegam” ao CAPSij, sendo esse na atualidade um lugar de referência para a questão de álcool e outras drogas infantojuvenis, e que o uso de SPA não tem exclusividade de classe.

Importante sinalizar que um número significativo de adolescentes que são encaminhados para o CAPSij o são devido ao envolvimento com o tráfico ou com delitos, não necessariamente tendo uma demanda clínica relacionada a dependência ou uso nocivo de substâncias psicoativas. Assim, apesar da luta antimanicomial, pode-se questionar se para a população negra outras estratégias manicomiais têm sido produzidas. Dentre elas, têm-se as internações compulsórias, impelidas pelo sistema judiciário, cuja maioria é de negros (Azevedo, & Souza, 2017). Tais situações apontam para um racismo institucional, bastante presente ainda da rede de serviços que deveria cuidar de crianças e adolescentes em uso de SPA de forma integral, mas que os enquadram, especialmente sendo negro e pobre, no perfil de “marginal” que precisa de “cuidado” sob medidas socioeducativas.

Não só nos serviços, mas na cidade como um todo, a demonização do usuário de SPA e o olhar como depositário da miséria social provocam uma objetificação do sujeito, que é visto

somente como “isso”. Um “isso” que não tem outra possibilidade de existência. A cidade projeta no usuário de SPA, em especial nos negros e pobres, a sombra coletiva, pois não consegue, ou quer enxergar as próprias misérias, a miséria da sociedade como um todo. A atribuição a esses adolescentes de características estereotipadas do usuário constroem um lugar simbólico, marcado pelos olhares preconceituosos na cidade.

Essa mesma rua aparece por vezes como um lugar onde os adolescentes se encontram. Verifica-se em vários momentos, a presença no CAPSi de adolescentes em situação de rua; os mesmos recebem os cuidados básicos (encaminhamento para o banho, repouso e alimentação) e muitas vezes retornam para a rua. *“Aquela época que eu ‘tava’ ficando na rua com ele foi difícil pra ‘nós’ ficar indo no CAPS lá...aquela época lá foi difícil.[...] Antes eu tinha um lugarzinho pra dormir lá, mas...lá no morro do cara lá. [...] Era uma casa, só que a casa ‘tava’ vazia, tinha só um colchão no chão, era sem luz, sem nada”* (Paulinho).

No caso das meninas adolescentes, ainda se acrescenta a questão de violência sexual. Verificou-se que todas as adolescentes com quem foi feito contato durante a pesquisa, seja por meio da entrevista, seja por meio das observações, foram vítimas de algum tipo de violência sexual. Algumas foram encaminhadas para o CAPSi após a ocorrência de tal situação. A permanência em situação de rua, nesses casos, agrava-se pela exposição a situações de violência: *“Pergunto onde dormiram essa noite [duas adolescentes AD]. Elas respondem que na rua, na pracinha. Mas que não dormiram bem... ‘tem que dormir com um olho aberto e outro fechado’[...] me fala que tem muita gente com maldade, e quando eles percebem alguém chegando perto, logo eles ficam preocupados”* (Observação Livre 1).

Cabe questionar porque diante da possibilidade de ser abrigado em uma instituição de acolhimento, alguns adolescentes preferem a permanência na rua, sendo um lugar de perigo/risco? Entende-se, pelas falas dos adolescentes, que em ambos os lugares eles sentem-

se colocados no lugar de “isso”, e não de sujeito. Entretanto, parece que as regras consideradas rígidas das instituições de acolhimento são mais incômodas do que as “regras” das ruas, apesar destas envolverem potencialmente altos riscos. Por que então permanecer nesse lugar se sabem que é perigoso? Por que manter o uso das drogas dessa maneira? Segundo Silveira Filho (1994), a pergunta a ser feita deveria ser “por que usar drogas tornou-se um meio privilegiado de assumir riscos?”. “Por que essa maneira de viver engloba um risco de morte enquanto necessidade implícita?”

O risco de morte nessa ida para rua, discute Silveira Filho (1994), não se trata de uma equivalência ao impulso suicida, mas um esforço “de instauração de uma relação diferente com uma instância superior que possa garantir o direito de existir, tal como observamos em rituais de iniciação de diversas culturas”(p. 30). Ou seja, é uma tentativa de existência de outra forma que a anterior. De existir enquanto um membro de algum grupo.

As conversas sobre o tráfico são bastante frequentes entre os adolescentes nos grupos observados. É comum eles falarem sobre quem conhecem e o que fazem ou fizeram, indicando uma postura de se vangloriarem por terem um lugar no tráfico. “*Considerado perigoso para um deles, eles falam que não dá pra ir em determinados lugares, porque eles já sentem maldade no olhar. Falam sobre envolvimento com tráfico e de quem conhecem no ‘morro’*” (Observação Grupo de Vivência 6).

Assim, o ser membro do grupo do “morro” ou do “tráfico” outorga-lhes um lugar, ainda que esse seja proibido e perigoso. Dessa forma, tal situação apresenta um significado na vida do adolescente, para quem uma “autoimposição de provas” funciona como um ritual onde ter “êxito” implicaria em um direito à existência (Silveira Filho, 1994, p. 30). Ao tentar ser reconhecido com um membro no grupo do tráfico, esse adolescente está à procura de um lugar tanto nesse grupo social, como na vida.

Em vários momentos, alguns dos adolescentes relatam o envolvimento com o tráfico, com manuseio de armas e ter presenciado mortes. Um dos adolescentes relata que primeiramente envolveu-se com o tráfico para só depois utilizar a droga, e que buscou devido aos conflitos familiares intensos que vivenciava, tais como o espancamento e a negligência familiar. *“Antes eu não usava droga, não fazia nada, aí minha mãe começou a me bater, meu padrasto, aí eu fiquei meio bolado da vida, não tem? [...]aí eu me revoltei, comecei ver os moleque da pista lá, eles começaram a deixar arma e droga na minha mão pra eu vender, eles chegavam e falavam: ‘Isso aqui é seu, isso aqui você vende que é pra nós’”* (Paulinho).

Para a psicologia analítica, a dependência de SPA caracteriza-se por um modelo de uso onde uma relação dual indivíduo-droga assume destaque, especialmente diante de uma realidade insuportável (tanto a nível subjetivo como objetivo), com a qual o usuário não consegue lidar ou modificar (Silveira Filho, 2002). Assim, a droga, e mesmo o tráfico, muitas vezes entram na vida desses adolescentes pesquisados em decorrência da insustentabilidade em lidar com os aspectos da violência estrutural e aspectos subjetivos. A droga assume a função de tornar a vida suportável e de viabilizar assim, a sua existência no mundo; como é possível compreender a partir da fala de um dos adolescentes durante a entrevista: *“como você consegue ficar sem droga tia? A vida é muito ruim...não dá não”* (Iago).

“[...] não podemos esquecer que cada ser humano é único em sua busca e em sua trajetória de vida e que seu encontro com a droga também configura uma situação singular que vai adquirir um significado específico para sua existência. Antes de mais nada, diante do uso de drogas, ocasional ou não, cabe investigar junto àquele usuário qual o significado maior daquela relação que se estabeleceu entre o indivíduo e o produto, em determinado contexto social” (Silveira Filho, 2011, p. 229).

Verifica-se em várias situações que os problemas com o entorno do tráfico são mais intensos do que o uso de SPA em si. Os próprios adolescentes apontam que não utilizam muita droga, mas que estão envolvidos com situações de tráfico e que não há um desejo de sair. *“Eu*

posso frequentar a igreja todos os dias, mas eu não vou sair do tráfico[...] eu penso em arranjar um trabalho uai; mas numa noite, 2 horinhas eu ganho 80 reais". (Iago).

A pertença ao grupo, baseada num entendimento do complexo cultural, se por um lado pode ter aspectos positivos, no sentido de o indivíduo se sustentar no coletivo, apresenta também aspectos negativos, dentre os quais a necessidade de fortalecimento do mesmo em detrimento de grupos estrangeiros. Diante disso, Singer (2003) aponta as denominadas defesas arquetípicas, especialmente diante de medo de aniquilação do espírito do grupo. Entretanto, essas mesmas defesas arquetípicas podem se tornar agressões a qualquer coisa que pareça ameaça ao “espírito” do grupo, tal como as transgressões sociais cometidas pelos adolescentes, em especial os envolvidos com o tráfico. A sociedade é percebida como algo externo que não produz oportunidades ao adolescente, mas ao contrário, que tenta minar sua existência, via violência estrutural. Diante disso, não há percepção de outra possibilidade viável, que não a manutenção do envolvimento com o tráfico. Dessa forma, há que se pensar estratégias de construir outros lugares de existência para que os adolescentes ampliem suas perspectivas de vida.

5.5. Busca por um lugar

Apesar de, em grande maioria, a demanda do acompanhamento do adolescente em uso de SPA vir da família ou da justiça, verifica-se que esse adolescente também busca um lugar de cuidado, seja por conta do uso de drogas, seja em busca de um lugar momentâneo, de acolhimento. “[...]eu mesmo cacei e acabei caindo em um buraco, no fundo do poço, mas agora eu tô tentando me levantar” (Paulinho). Percebe-se, em alguns casos, que mesmo que inicialmente o adolescente seja “obrigado”, ele assume frequentar um lugar de cuidado pelo desejo, quando há algo a ser buscado nesse lugar. “Me indicaram pra vários psicólogos, eles ligavam lá pra casa marcando, tava tudo certo pra eu ir, mas eu não fui. [...] Eu só vim aqui

porque...no começo, eu só vim porque eu era obrigada. Agora eu venho porque eu gosto, eu gosto daqui. Eu gosto de vir aqui, de conversar com vocês, entendeu?” (Luluzinha da Alta).

Verifica-se que a presença no serviço, em sua maioria, não se dá de forma sistematizada. Ainda que seja agendado para o adolescente estar presente, muitas vezes ele não aparece, situação essa que foi verificada também no processo de realização das entrevistas. Assim, o cuidado é realizado muitas vezes quando há demanda espontânea do adolescente, ou seja, quando eles buscam esse lugar, seja inicialmente pelos cuidados básicos, quando fogem da instituição de acolhimento ou estão em situação de rua, seja em situações em que algo mais grave aconteceu e eles querem conversar ou precisam de ajuda. *“Ah, não tô bem. Vou lá: [...] Eu fui assaltada e aí eu vim na quinta-feira, acho que eu vim na quinta-feira aqui”* (Luluzinha da Alta).

Como dito anteriormente, diante da impossibilidade de alterar ou se esquivar de realidade insuportável (objetiva ou subjetiva), o envolvimento com a droga assume um lugar alternativo. A crise instala-se quando, ao mesmo tempo, não se consegue viver sem e com a droga, sendo necessária a entrada de um elemento que dê suporte ao adolescente para manter sua existência ou mesmo sobrevivência. O momento da crise, segundo Silveira Filho, é uma situação de

[...] grande intensidade existencial em que aflora toda a dinâmica que não pode ser vivenciada e que resultou no estabelecimento defensivo daquela relação de dependência com o produto. Uma vez exaurida a vivência simbólica do seu encontro com a droga, o toxicômano é remetido a sua problemática inicial, que eclode mais uma vez, agora acrescida de um profundo sentimento de impotência advindo da constatação da falha do seu projeto toxicomaniaco que até então dava sentido a sua vida (2002, p. 57-58).

A crise é, pois, o momento propício para a inserção do elemento terapêutico na relação estabelecida entre o adolescente e droga. O agente terapêutico não pode competir com a sedução e prazer propiciados instantaneamente pela experiência com a droga. Logo, é preciso aproveitar

as brechas oferecidas pelos adolescentes, em sua busca por um lugar, para tentar inserir possibilidades de outras relações que possam ser aceitas e construídas com eles.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao pensar no lugar da criança e do adolescente no cuidado em saúde mental infantojuvenil, conclui-se que, para o adolescente, a existência desse lugar não é fixa, mas depende de como o cuidado é realizado, compreendido e recebido, como se dão os processos relacionais estabelecidos no CAPSij com o adolescente em uso de SPA, apontando para um “Lugar Relacional”. No que diz respeito às crianças, por outro lado, a situação se mostra mais delicada, pois a mesma parece não chegar aos serviços de saúde (CAPSij e UBS) da mesma forma que o adolescente. Dessa maneira, conclui-se que a criança que faz uso de substância psicoativa não possui lugar de cuidado na SMIJ, nem no CAPSij, nem na atenção primária.

Ao pensar sobre o que é feito de fato no cuidado, frente ao que é prescrito pela política de saúde mental infantojuvenil, percebe-se uma confluência dos dados de todas as ferramentas de coleta. Verifica-se que as práticas e os profissionais encontram-se algumas vezes encapsulados, presos às práticas prescritas pelas políticas públicas que determinam o funcionamento de um CAPSij, tais como os atendimentos individuais e grupos. Tal situação, talvez tenha um peso negativo no que tange a construção do lugar de cuidado para as crianças e adolescentes em uso de SPA. Isso se dá por diversos fatores, encontrados quando tratamos as dificuldades no que tange essa prática, dentre elas: a rede desarticulada, o excesso de atividades que os profissionais precisam realizar, a ausência de recursos e a não adesão por parte de vários profissionais no cuidado a essa demanda.

Percebe-se, a partir dos relatos, tentativas de ultrapassar as práticas prescritas. Isso acontece, especialmente, nos passeios, visto que nos momentos em que se sai do CAPSij também se sai do prescrito e se aproxima do mundo, oportunizando o aprender a lidar com o mundo; especialmente um mundo que não fazia parte do vivido pelos adolescentes até então, mas um mundo possível se se relacionar. Para tanto, é imprescindível estar atento a quem é o

usuário a quem se acompanha, suas principais características, demandas e dificuldades, e assim, construir um cuidado que atenda às necessidades de cada sujeito.

Na medida em que se coloca a criança e o adolescente no lugar central do cuidado, favorece-se tanto seu protagonismo como uma parceria obtida através do vínculo. O vínculo, a que chamamos vínculo transferencial, estabelece-se como fio condutor tanto para o processo de pesquisa, como para o estabelecimento de práticas de cuidado, e conseqüentemente para a construção de um lugar para as crianças e adolescentes no cuidado em saúde mental. Esse lugar é, sobretudo, o lugar relacional, e isso só é possível graças à postura dos profissionais que atuam junto com os adolescentes. Assim, conclui-se que o CAPSij é sim um lugar de cuidado para o adolescente que usa substâncias psicoativas, ainda que esse lugar seja diferente do considerado “ideal”. Mas principalmente quando se abre para o mundo, e não resume o adolescente à substância psicoativa, não perpetuando certos estereótipos e marginalização, que reproduzem um modo “manicomial” de lidar com as questões de saúde mental do público infantojuvenil.

Entende-se que o processo de conhecimento se dá pela ampliação da consciência. Na medida em que os profissionais começam a ter também um lugar de escuta e de construção, onde eles podem pensar e refletir sobre as práticas de cuidado dirigidas a esses sujeitos e sobre o lugar do cuidado, é possível tanto ampliar a consciência sobre isso quanto integrar esses aspectos às suas percepções e suas práticas, colaborando assim para a construção desse lugar.

Em várias situações, os profissionais parecem se sentir num lugar marginalizado no serviço, e identificam-se por diversas vezes com o lugar do inválido (com a dinâmica arquetípica do inválido), dadas as expectativas com o serviço e com a “melhora” do adolescente; expectativas essas que muitas vezes são frustradas, visto que a “adesão” do adolescente não se dá como os profissionais demandam. A partir da relação pesquisador-pesquisado, foi possível oferecer um lugar também para os profissionais, com possibilidade de

ampliação da consciência no que tange às próprias práticas, ao lugar do cuidado e ao próprio lugar na relação com os usuários e com o serviço.

A partir do lugar relacional, do vínculo, é possível construir outras relações de cuidado, seja por parte dos profissionais, seja por parte dos próprios adolescentes, sendo possível identificá-lo nas ações de cuidado e em como esse cuidado é realizado e percebido.

As ações de cuidado se relacionam tanto ao fazer técnico quanto às posturas e relações estabelecidas; tanto entre profissionais e usuários, quanto entre os serviços. O acolhimento compreende uma das mais importantes ações de cuidado direcionadas ao público infantojuvenil em uso de SPA. Este transcende a um protocolo e compreende uma atuação receptiva e humanizada, especialmente no que tange a demanda espontânea, sendo essa uma forma peculiar de o adolescente em uso de SPA entrar no serviço. Além dos recursos clínicos tradicionais, como a escuta, os cuidados básicos, tais como a alimentação, higiene e repouso podem ser compreendidos como um fazer clínico. Isso porque da forma como é realizado, ou seja, com uma atitude acolhedora por parte dos profissionais, esse cuidado é amparado no dinamismo arquetípico materno. Ou seja, a partir da “nutrição”, afeto e suporte, é possível proporcionar ao usuário uma segurança para que os processos psíquicos sejam acolhidos e elaborados. Além disso, quando o agente de cuidado oferece suporte para a relação com o ambiente externo, é possível que o adolescente experiencie essa relação de maneira mais segura.

Isso é possível especialmente mediante ao vínculo e a escuta, construídos e fundamentados em uma relação dialética, que compreende que o usuário é potencialmente capaz de desenvolver uma forma de cuidado de si mesmo, embora inicialmente precise de um auxílio para conhecer e receber outras formas de cuidado, diferentes e/ou ampliadas em relação às vivências anteriores.

No processo terapêutico estabelecido em um CAPSij, é possível então retomar o desenvolvimento psíquico, ou seja, seu processo de individuação, e reatualizar os cuidados pautados nos dinamismos arquetípicos, tão fundamentais para que esse processo se estabeleça de maneira mais saudável. Os agentes de cuidado no CAPSij, dessa forma, humanizam tais dinamismos, especialmente nas relações transferenciais. Contudo, é imprescindível que os profissionais consigam manejar as relações transferenciais e contratransferências, a fim de que os dinamismos não sejam vivenciados negativamente, por exemplo, na rigidez e inflexibilidade das regras ou mesmo nas atitudes de tutela.

Dentre as ações de cuidado verifica-se que os atendimentos individuais, em sua maioria realizados pelo psicólogo, psiquiatra e técnico de referência, são pouco demandados pelos adolescentes, visto que não consideram a existência de um sofrimento psíquico relacionado ao uso de SPA. Essa pouca procura pelos atendimentos individuais por parte dos adolescentes pode estar relacionada ao fato de, em sua maioria, realizarem seu acompanhamento no CAPSij não devido a própria vontade e iniciativa, mas devido à demanda da família ou judicial.

Apesar disso, os próprios adolescentes apontam profissionais de referência, de quem recebem mais atenção e com quem podem conversar, se abrir, mesmo que não seja de forma sistematizada. O profissional de referência para o adolescente (que nem sempre é o estabelecido pelo serviço), a partir do vínculo, o auxilia oferecendo um ambiente acolhedor, mas também que promove continência, quando necessário; servindo como referência e suporte, facilitando uma construção de direção para o adolescente.

As atividades em grupo, especialmente o grupo de vivência, mostra-se como uma ferramenta de cuidado bastante potente. Além de serem as atividades onde se percebe a maior presença dos adolescentes, especialmente em momentos de passeio, o grupo é bastante referenciado pelos adolescentes nas entrevistas. Isso acontece tanto pela possibilidade do

dinamismo de grupo, como pela utilização de recursos lúdicos e passeios, que intermediam as relações; entre os adolescentes com outros (sejam eles profissionais, outros adolescentes ou ambiente social), e entre os adolescentes com as próprias questões internas – inconscientes.

O grupo oferece ao adolescente uma possibilidade de se relacionar com o “social” (seja dentro ou fora do CAPSij) de outra forma, não mediada pelo tráfico ou pelas dificuldades do contexto socioeconômico em que vive. Assim, à medida que é possível ampliar também o conhecimento sobre o mundo externo, tendo esse ambiente como um mediador (seguro), permite-se que modos de compreensão e novas experiências se constituam para esse sujeito.

O grupo também funciona como um componente identificatório alternativo ao grupo da droga e/ou do tráfico. Isso pode possibilitar aos adolescentes o compartilhamento das vivências e uma organização via grupo, que se estabelece como fundamental, especialmente nos momentos de maior fragilidade egóica. Entende-se que, a partir da relação com o grupo, o dinamismo da alteridade pode ser atualizado, e, a partir do olhar e reconhecimento dos demais adolescentes que vivenciam um cuidado no CAPSij, o adolescente pode também se reconhecer como sujeito e perceber aquele espaço como um lugar de cuidado para ele. Todavia, infelizmente o grupo não se apresenta como principal investimento da equipe, que encontra dificuldades em sua oferta, como observado no período da coleta dos dados.

Tais propostas são pertinentes especialmente dada as características do cuidado, sobretudo pautada na estratégia de Redução de Danos, que se mostra como balizador da maior parte das ações de cuidado desenvolvidas no CAPSij. A visão da redução de danos, a partir da tese, aponta de forma clara que esta transcende a questão do uso de droga em si, partindo para uma compreensão da importância de lidar com o dano ao qual o sujeito está exposto, especialmente porque esse/, muitas vezes, colabora com o uso de SPA e com o envolvimento com o entorno do tráfico, sem todavia deixar de considerar a questão do uso em si.

O uso de drogas, por sua vez, é abordado prioritariamente objetivando um uso com responsabilidade, especialmente de forma a não prejudicar o desenvolvimento do adolescente e a inserção na escola. Tais processos apontam para um entendimento do usuário como protagonista no próprio cuidado, de maneira a construir autonomia, especialmente pela atitude pautada no dinamismo matriarcal (por via do acolhimento e confiança) e patriarcal (buscando um sentido e organização). Isso oferece a oportunidade para que o adolescente assuma um lugar de sujeito no cuidado, inclusive oportunizando a escolha por um tratamento quanto ao uso de SPA, que pode envolver tanto a RD como abstinência, conforme o próprio desejo.

Os adolescentes acompanhados do CAPSij parecem também desenvolver um cuidado de si, especialmente no que tange a estratégias de RD. Nessa direção, quando compreendem os prejuízos acometidos pelo uso da droga e sinalizam o uso com responsabilidade, por exemplo, “não usar maconha antes da aula”, e as estratégias para lidar com o desejo de usar a droga, tais como o uso de alimentos, eles falam também da estratégia de Redução de Danos. Quando escutados e valorizados quanto às próprias estratégias e escolhas, o adolescente é visto como cogestor no cuidado e, portanto, assume o lugar de sujeito e pode perceber a si mesmo como tal.

Embora o serviço tenha que lidar a todo momento com o olhar de fora que prioriza um tratamento hospitalar, muitas vezes estigmatizante e segregatório, os profissionais parecem sustentar com o adolescente uma postura humanizadora, que inclui, que prioriza o cuidado em liberdade, e que dá voz ao sujeito. Isso é percebido quando se entende a RD como uma expansão de vida, ou seja, como uma possibilidade de ampliar as relações com o mundo, seja ele externo ou interno. Na medida em que se buscam referências e possibilidades para que os adolescentes sejam inseridos ou descubram outras atividades que lhe proporcionem prazer e/ou direção, é possível que sua relação com a droga e com o entorno desta torne-se menos indispensável. É fundamental que se trabalhe com a ideia de reduzir esse dano ao sujeito, especialmente no que

concerne à violência estrutural, e que ele possa ser apresentado (de maneira efetiva e próxima) a outras possibilidades de ser e estar no mundo, de maneira segura e que lhe seja interessante e atrativo.

Ações integradas de saúde, especialmente as tentativas de encaminhamento implicado para estágios, cursos, esporte e cultura, ações que visam favorecer a saúde integral da criança e do adolescente, mostram-se como propostas importantes e atrativas ao adolescente, especialmente por possibilitar um espaço para a inserção, percepção do mundo e visualização de outras perspectivas de futuro que suplantem o envolvimento com a droga ou com o contexto do tráfico. Todavia, esses encaminhamentos encontram obstáculos, tais como a pouca disponibilidade de vaga e os pré-requisitos para participar de tais atividades, como ser alunos regular e periodizado, o que se apresenta como uma dificuldade recorrente nos relatos sobre os adolescentes em uso de SPA atendidos no CAPSij

Isso requer também que o adolescente se implique em seu cuidado. Dessa maneira, ainda que inicialmente os adolescentes sejam direcionados para o serviço por uma demanda que não é dele, os profissionais tentam construir uma parceria com o usuário, de maneira que ele construa sua própria demanda e a partir daí tenha interesse no cuidado oferecido no CAPSij, ou nas ações integradas de saúde oportunizadas.

Para que tal implicação seja possível, é importante que o serviço não se coloque no lugar de superioridade de saber, e que valorize o lugar de fala do adolescente. Para tanto, é importante permitir-se conhecer melhor o sujeito a quem acompanha, em sua totalidade, e lidar com a própria implicação no cuidado do adolescente em uso de SPA, especialmente quando os profissionais se deparam com as dificuldades advindas de uma demanda diferente da sua e das limitações decorrentes da visão social que enquadra o usuário de drogas num lugar marginalizado.

O desejo e a implicação do adolescente precisam ser levados como prioridade no serviço, ainda que sejam necessárias posturas e ações protetivas, sendo essas uma prerrogativa do ECA. É importante ressaltar que essa postura é imprescindível por parte dos serviços, especialmente em situações em que a integridade egóica encontra-se em risco. Entretanto, a proteção precisa vir acompanhada de relação e de afeto. Dessa forma, dinamismos arquetípicos materno e paterno caminham lado a lado, de maneira a evitar que a realidade conturbada coloque seu desenvolvimento em risco, sem, entretanto, ser marcados pela rigidez, mantendo assim, o protagonismo do adolescente, bem como um espaço para que ele elabore e aprenda a lidar com o ambiente.

A postura rígida dos serviços de cuidado, tais como a tutela, por exemplo, mostram-se como um propulsor para o rompimento do vínculo com o adolescente. Assim, a responsabilização do adolescente quanto ao próprio cuidado e escolhas balizam o cuidado, mas com a responsabilização é fundamental trabalhar a compreensão das regras sociais e limites, e a construção de uma forma de lidar com essas, de maneira a possibilitar uma construção de persona capaz de se adaptar aos novos propostos de vida integrados pelo adolescente. Nesse sentido, o serviço, à medida que oferece um espaço seguro para o adolescente lidar com as regras sociais, oferece também um contorno e um suporte, para que posteriormente ele consiga ampliar o sentimento de segurança para outros ambientes.

Nem sempre as regras e limites são aceitos pelo adolescente, sendo bastante comum sua transgressão. Todavia, diferente da forma rígida de se conter a transgressão vivenciada pelo adolescente até então, como as medidas socioeducativas (a punição no ambiente escolar, por exemplo), é fundamental a compreensão e construção de uma maneira auxiliar nesse “lidar com os limites”, levando em consideração as particularidades desse usuário, seja como sujeito, seja como adolescente.

A medida em que essas particularidades são levadas em consideração e o lidar com a responsabilização torna-se algo não impositivo, mas construído a partir da relação de vínculo entre o serviço e o usuário, a autonomia vai ganhando um espaço para que seu desenvolvimento se estabeleça de maneira saudável.

Nessa direção, não é possível um protocolo rígido de ações e posturas, visto que cada indivíduo é único, apesar das dificuldades e características compartilhadas. Todavia, para não se perder enquanto organização, os serviços precisam ter um fluxo de acompanhamento, desde que esse seja maleável, podendo ser adaptado às necessidades e dificuldades de cada adolescente. O que requer dos profissionais um manejo para oferecer um cuidado onde o sujeito é colocado no lugar de protagonismo.

Uma forma de adaptação do fluxo de atendimento ao adolescente usuário de SPA, está em tornar o cuidado oferecido mais atrativo ao sujeito, para que ele permita uma aproximação e, assim, os profissionais possam compreender melhor as particularidades de cada adolescente. Dessa maneira, entende-se que os passeios, os jogos, a ludicidade e mesmo as refeições tornam-se elementos fundamentais para a construção de um ambiente e de recursos terapêuticos que atinjam essa população.

Como nem sempre essas questões serão atrativas, ou as dificuldades em efetivá-las encontram-se presentes, o vínculo mostra-se como principal atrativo. O setting, portanto, compreendido como espaço potencialmente terapêutico, é estabelecido a partir das relações de vínculo e os demais recursos serão utilizados para compor o cuidado.

Apesar da reflexão sobre fluxo, entende-se que mesmo esse fluxo precisa ser dinâmico e flexível, não sendo possível um enquadre rígido a todos os adolescentes, em todos os momentos. Para perceber como flexibilizar e adaptar esse cuidado, é fundamental que o serviço conheça o adolescente, e esteja atento ao entorno deste, para atuar e para manejar o cuidado.

Isso requer que se ultrapasse o olhar social de julgamento ao usuário de drogas, sendo essa uma dificuldade presente em alguns momentos no serviço. Entende-se, portanto, que, ao tirar-se o foco da droga, coloca-se a doença entre parênteses e prioriza o sujeito e seu contexto sociocultural.

É fundamental, para construir um cuidado direcionado ao adolescente em uso de substâncias psicoativas, compreender como o adolescente entende, recebe e atua quanto a esse cuidado. O que foi compreendido no eixo 3 desta tese.

O cuidado na perspectiva do adolescente relaciona-se com a ideia de zelo, aconchego e orientação. Estabelecendo-se a partir de uma relação de confiança, o cuidado precisa inicialmente ser recebido e vivenciado para posteriormente ser integrado um cuidado de si mesmo e do outro.

Uma característica importante desse cuidado pelo olhar do adolescente diz respeito ao sentimento de pertença, que pode ser vivenciado de duas formas, seja pela compreensão do local protegido (*temenos*), seja como a experiência de alteridade e reconhecimento com os demais adolescentes, entendido a partir do conceito de Complexos Culturais, discutido no decorrer da tese. Vale ressaltar que tal sentimento pode ser influenciado pela forma como o adolescente recebe o cuidado. Assim, se há uma disposição dos profissionais para a relação, o sentimento de pertença se estabelece com maior facilidade.

Dessa maneira, os adolescentes assinalam o investimento afetivo e os recursos relacionais como aspectos importantes no cuidado recebido no CAPSij. Esse investimento afetivo também pode ser realizado entre os próprios adolescentes, especialmente a partir dos grupos, onde os mesmos podem compartilhar suas dificuldades, bem como êxitos e expectativas. As meninas, contudo, parecem estar muito mais propensas ao cuidado entre elas, seja dentro ou fora do CAPSij.

Apesar dessa possibilidade de se compreender um lugar, entende-se que o lugar do CAPSij, aos olhos dos adolescentes, muitas vezes é rejeitado por ser associado ao “lugar de doido”, apontando para uma visão estigmatizante que é reproduzida também socialmente. Enquanto lugar de doido, o adolescente não deseja se “identificar com esse espaço”. Vale questionar se, apesar da junção, o serviço não tem uma visibilidade maior no que tange ao cuidado a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e/ou persistentes, enquanto as questões referentes ao uso de substâncias psicoativas ainda ficam a margem.

Mesmo dentro do serviço, não há um consenso se o lugar da criança e do adolescente deve ser junto ou separado da demanda de usuários com transtornos mentais graves e persistentes. Se, por um lado, as questões psicossociais e a necessidade de comunicação de forma lúdica aproximam as duas demandas, por outro, há apontamentos sobre esses adolescentes poderem influenciar negativamente as crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e/ou persistentes. Isso é tanto falado por alguns profissionais, como percebido e apontado pelos adolescentes. Assim, a visão estigmatizante atribuída aos usuários de substâncias psicoativas pode promover um distanciamento entre as duas demandas no CAPSij, reproduzindo assim a lógica manicomial.

Por outro lado, pelo olhar do adolescente, a aproximação muitas vezes não é bem recebida, pelo receio de ser enquadrado no “lugar de doido”. Assim, conforme essa visão, a criança e o adolescente com transtornos mentais graves e persistentes não poderiam estar presentes no grupo dos adolescentes AD, para que não seja também enquadrado como doido. Entende-se aqui que os complexos culturais, que podem favorecer uma aproximação afetiva entre o grupo autoidentificado, podem, por outro lado, criar rótulos e preconceitos em relação aos grupos considerados externos e, conseqüentemente, afastar o outro é uma tentativa de afirmar sua identidade enquanto grupo.

O lugar junto a usuários com transtornos mentais graves e/ou persistentes, por outro lado, poderia ser compreendido de maneira a trazer benefícios também ao adolescente AD. Isso porque ao trabalhar no dinamismo da alteridade, o aprendizado de relacionar-se harmonicamente com o diferente favorece o desenvolvimento de uma atitude Eu-Você em nível micro (CAPSij), para posteriormente poder ser ampliado para o nível macro (cidade).

Quando se mantém uma segregação, por outro lado, atribui-se ao adolescente AD um lugar marginalizado e de discriminação, onde o adolescente não é visto como indivíduo em sua totalidade, mas sim como um adolescente enquadrado nos moldes do estigma da criminalidade e periculosidade. Nesse sentido, o lugar de marginalização é um lugar de não cuidado.

Conclui-se, portanto, que quando se olha o adolescente em sua totalidade, ou seja, quando se estabelece uma relação Eu-Você, o adolescente é compreendido como um sujeito com quem o profissional ou o serviço pode estabelecer uma relação de cuidado. Sendo assim, se quando há relação, há cuidado; o lugar para a criança e adolescente em uso de substâncias psicoativas é relacional, e este é transitório, pois depende de como e quando se relacionam com eles e quando e como eles se permitem relacionar com o serviço.

Um outro lugar compreendido como uma tentativa de busca pelo adolescente é a rua e o tráfico. Entende-se que apesar das dificuldades que o viver na rua ou o envolvimento com o tráfico instaura, a busca por esse lugar trata-se de uma tentativa de existir enquanto um membro de algum grupo. Assim, ao buscar ser reconhecido com um membro no grupo do tráfico, esse adolescente está à procura de um lugar tanto nesse grupo social, como na vida.

A pertença a esse grupo, entendido a partir do complexo cultural, possui também aspectos negativos, dentre os quais a necessidade de fortalecimento do mesmo em detrimento de grupos externos. Enquanto externo, a sociedade é percebida como grupo que tenta minar sua existência, via violência estrutural. Nessa direção, é fundamental a construção de outras formas

de ser no mundo, que não via o envolvimento com o tráfico. Para tanto, é imprescindível pensar estratégias de construir outros lugares de existência para que os adolescentes ampliem suas perspectivas de vida.

Em virtude dessa ausência de um lugar, seja em casa, na cidade ou nos serviços, conclui-se que a procura desse envolvimento com droga pode ser também decorrente da ausência de um lugar na cidade e na família (apontados tanto pelos profissionais como pelos adolescentes). O aumento da demanda no serviço mostra-se relacionado a isso, sendo importante ressaltar que essa busca também aponta para um posicionamento dos adolescentes frente a construção de um lugar, mesmo que essa busca se estabeleça em momento de crise. Se para os profissionais o lugar do adolescente é fora do CAPSij, no território e na sua possibilidade de existência, é também dentro, nos momentos de crise. É fundamental aproveitar as brechas oferecidas pelos adolescentes, quando buscam um lugar, para investir na construção de outras relações que possam ser acolhidas por eles.

Se o CAPSij é o lugar onde eles procuram quando em crise, especialmente pelo vínculo estabelecido com alguns profissionais do serviço, ele é entendido como um lugar de referência para o adolescente, um lugar de proteção. Pode-se concluir, portanto, que o CAPSij é um *temenos*, um lugar sentido como seguro, onde transformações necessárias ao processo de desenvolvimento do adolescente podem ser sustentadas. Contudo, sabendo-se que esse não se reduz ao espaço físico, mas compreende as relações de cuidado que se estabelecem. O *temenos* só acontece na medida em que os profissionais conseguem direcionar um olhar para os adolescentes, sem que esse olhar esteja inconsciente dos complexos culturais, que constroem os preconceitos em relação ao grupo “adolescente usuário de drogas”. Ao conseguirem lidar com esse adolescente sem ser capturados pelos preconceitos, é possível dar-lhe voz, enxergá-lo como um sujeito em todas as suas dimensões, com dificuldades, qualidades e potencialidades

que, ao mesmo tempo que o aproxima dos demais públicos assistidos no CAPSij, o faz ser singular.

Enquanto sujeito cujo sofrimento é perpassado, e muitas vezes produzido, por graves questões sociais, o cuidado precisa incluir o lidar com esse entorno, sendo pautado na atenção psicossocial, princípio fundamental da Reforma Psiquiátrica e que hoje se vê gravemente ameaçada, tal qual pontuamos anteriormente. Diante disso, o “cuidado em liberdade”, no território onde a vida se faz, é fundamental. Se ao contrário, o imaginário acerca desses adolescentes não tem espaço para ser elaborado, os adolescentes serão estigmatizados e isso irá interferir no lugar de cuidado, seja ele dentro do CAPSij, seja nos demais pontos da rede de atenção psicossocial, reproduzindo assim, posturas manicomial e moralizantes.

Assim, ao passo que profissionais enxergam o adolescente em sua totalidade, e não a partir dos estereótipos, é possível estabelecer com ele um vínculo terapêutico a partir de onde pode-se constituir um *temenos*. O *temenos* por natureza é ambíguo, ou seja, ao mesmo tempo em que ele está no espaço físico, ele não está. O *temenos* atravessa o espaço porque ele é uma construção arquetípica que se dá entre as pessoas, entre os territórios e entre os atravessamentos dos complexos culturais, e nisso reside suas possibilidades terapêuticas. Ele integra as realidades não como um somatório, mas produzindo uma terceira possibilidade, distintas das anteriores... uma realidade nova. Ele se dá no “entre”, vivo e prene em significados. Assim, **enquanto *temenos*, o CAPSij atua sendo um lugar para a criança e o adolescente no cuidado.**

REFERÊNCIAS

- Avellar, L.Z., Tristão, K.G. & Quintanilha, B.C. (no prelo). Saúde mental Infanto juvenil: revisão sistemática da produção brasileira entre 2005 e 2015. In Oliveira, A.L.; Kamimura, Q.P. (org). *Saúde em contextos*. Taubaté: edUnitau.
- Abaurre, M. T. (2013). *Familiares cuidadores de crianças e adolescentes atendidos no caps de vitória-es: concepções sobre sofrimento psíquico e intervenção no campo da saúde mental infanto-juvenil*. 2013 (Dissertação de Mestrado) Programa de Pos-Graduacao em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitoria, ES, Brasil.
- Alarcon, S. (2014). O uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas. In: Jorge, M. A. S.; Carvalho, M. C. de A.; & Silva, P. R. F. (org.). *Políticas e cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491-494. Recuperado em 25 de agosto de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000300024&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0102-311X1995000300024.
- Amstalden, A. L. F.; & Hoffmann, M. C. C. L.; Monteiro, T. P. M. (2010). A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In Lauridsen-Ribeiro, E; & Tanaka, O. Y. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. (pp 33-45). São Paulo: HUCITEC.
- Araujo, F. C. de. (2002). Da cultura ao inconsciente cultural: psicologia e diversidade étnica no Brasil contemporâneo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 22(4), 24-33. Recuperado em 14 de junho de 2017, de <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932002000400004>
- Araújo, A. T. da S. Silva, J. C. da & Oliveira, F. M. (2013). Infância e adolescência e redução de danos/intervenção precoce: Diretrizes para intervenção. *Psicologia Argumento*, 31 (72), 145-154. Recuperado em 17 de novembro de 2017, de <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=7615&dd99=view&dd98=pb>
- Avellar, Luziane Zacché. (2009). A pesquisa em psicologia clínica: reflexões a partir da leitura da obra de Winnicott. *Contextos Clínicos*, 2(1), 11-17. Recuperado em 23 de janeiro de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822009000100002&lng=pt&tlng=pt.
- Avellar, L. Z., & Nardi, M., B (2008). A Saúde Mental na infância e adolescência e o diálogo necessário entre as dimensões clínica, ética e política. In Rosa, E. M., Souza, L., & Avellar, L. Z. (orgs). *Psicologia Social: Temas em debate*. Vitória: Abrasco/GM.
- Azevedo, Américo Orlando, & Souza, Tadeu de Paula. (2017). Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(3), 491-510. Recuperado em 2 de dezembro de 2017, de <https://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000300007>

- Ballarin, M.L.G.S.; Ferigato, S.H.; Carvalho, F. (2010). Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. *O Mundo da Saúde*, v.34, n.4, p.444-50, 2010. Recuperado em 25 de agosto de 2015, de <http://observasmjc.uff.br/psm/uploads/SntidosdocuidadoemSaudeMental.pdf>.
- Batista, V. M. (2015). A juventude e a questão criminal no Brasil. In: Magalhães, J. L. Q. de, Salum, M. J. G., & Oliveira, R. T. (org.). *Mitos e verdades sobre a justiça infantojuvenil brasileira: Porque somos contrários à redução da maioridade?* Brasília, Conselho Federal de Psicologia.
- Berloti, Quintanilha, Tristão, Ribeiro Neto, & Avellar (2017). Perceptions of the process of work in a psychosocial care center for children and youth. *Temas em Psicologia*, 25(4), 1547-1557. Recuperado em 03 de janeiro de 2018, de <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.4-04Pt>
- Bezerra, D. S. (2008). *O lugar da Clínica na Reforma Psiquiátrica Brasileira* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Brasil (2002). *Portaria GM336, de 19 de fevereiro de 2002*. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Recuperado em janeiro de 2015, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>
- Brasil (2003). *HumanizaSUS: política nacional de humanização*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde Recuperado de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>
- Brasil (2003b). Declaração da Comissão Latino-americana sobre Drogas e Democracia Recuperado de <http://www.cbdd.org.br/blog/2011/03/28/ja-esta-na-hora-de-debater-e-inovar/>
- Brasil (2003c). *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf
- Brasil. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf
- Brasil. (2005b). *Portaria 1.028, de 1º 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html.
- Brasil (2008). *Portaria 816, de 31 de Maio de 2005*. Constitui o comitê gestor internacional de protocolos de assistência, diretrizes terapêuticas e incorporação tecnológica em saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0816_31_05_2005.html
- Brasil (2010). *Ambiência*. (2ª ed). Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf.
- Brasil (2010b). *Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde*. (2ª ed). Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf

- Brasil (2011). *Portaria n. 3088 de 13 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Brasil. (2014) *Fórum Nacional de Saúde Mental infantojuvenil: recomendações: de 2005 a 2012*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum_nacional_saude_mental_infantojuvenil.pdf
- Brasil. (2014b). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos*. Brasília, DF : Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf
- Brasil (2017). *Política Nacional de Saúde Mental*. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPES. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/publicacoes>
- Byington, C. A. (1983). O desenvolvimento Simbólico da Personalidade. *Junguiana: Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica* (São Paulo). 1 (1). p 8-63.
- Boiteux, L. (2006). *Controle Penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade*. (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Caetano, A. A. M, Robles, D. R. T., Pessoa, M. S. C., & Fontana, O. M. (2015). A psicologia analítica e a terapia familiar. (pp. 47-57). In. Benedito, V. L. Di Y. (org.). *Terapia de casal e de família na clínica junguiana: teoria e prática*. São Paulo, SP: Summus.
- Campos, A. C. (2010). *O CAPS ad e o Atendimento aos Adolescentes Usuários de Drogas Ilícitas em Juiz de Fora/MG* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Faculdade de Serviço Social, Juiz de Fora MG, Brasil.
- Campos, G. W. de S., Onocko-Campos, R. T. & Del Barrio, L. R. (2013). Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2797-2805. Recuperado em 16 de julho de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000002&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1413-81232013001000002.
- Canghilhem, G. (1990). *O normal e o patológico* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Carlini, E. A. et al. (2010). *VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileira* São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas/UNIFESP. Recuperado em 02 de dezembro de 2017, de http://www.antidrogas.com.br/downloads/vi_levantamento.pdf
- Cavalcante, C. M, Jorge, M. S. B, Santos, D.C.M. dos. (2012). Onde está a criança?: desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. *Physis: Rev. de Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro). 2012; 22(1): 161-178. Recuperado em 15 de janeiro de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000100009&script=sci_arttext

- Cirino, O. (2004). Apresentação. In: Ferreira, T. (pp. 9-12). (org.). *A Criança e a Saúde Mental: enlaces entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Autêntica:.
- Clarke, J. J. (1993). *Em busca de Jung: Indagações históricas e filosóficas*. Ediouro: Rio de Janeiro, RJ.
- Conselho Federal de Psicologia (2005). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia. (2011). Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. Brasília, DF: Autor. Recuperado de <http://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-4a-inspecao-nacional-de-direitos-humanos-locais-de-internacao-para-usuarios-de-drogas-2a-edicao/>
- Conselho Federal de Psicologia (2013). Documento de referências técnicas para a atuação de psicólogos (os) em políticas públicas de álcool e outras drogas. Brasília, DF: Autor. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2014/01/CREPOP_REFERENCIAS_ALCOOL_E_DROGAS_FINAL_10.01.13.pdf
- Conselho Federal de Psicologia. (2017). CFP repudia mudanças na política de saúde mental. Recuperado de <http://site.cfp.org.br/repudio-mudancas-politica-saude-mental/>
- Corradi-Webster, C. M.. (2016). The Prohibitionist Discourse and Practices in the Field of Alcohol and Other Drugs. *SMAD*. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas, 12(1), 1-2. Recuperado em 02 de dezembro de 2017, de <https://dx.doi.org/DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v12i1>
- Costa, P. H. A. da, Mota, D. C. B., Paiva, F. S. de, & Ronzani, T. M.. (2015). Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 395-406. Recuperado em 26 de agosto de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200395&lng=pt&tlng=pt. 10.1590/1413-81232015202.20682013.
- Costa, L. A., Rocha, D. F., Vieira, G., & Reis, A. (2017). O cotidiano de jovens antes de cumprirem medidas socioeducativas de internação: vivências ordinárias que tangenciam à inserção no tráfico. In: Passos, I. C. F., & Penido, C. M. F. (org). *Atenção psicossocial para crianças e adolescentes: pesquisa-intervenção nas redes*. São Paulo: Zagodoni.
- Couto, M.C.V., Duarte, C.S., & Delgado, P.G.G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev. Bras. de Psiquiatri*. (São Paulo). 2008; 30(4): 384-389. Recuperado em 15 de janeiro de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462008000400015&script=sci_arttext.
- Coval, M. A. S. (2006). *A representação social da adolescência e do adolescente e expectativas de prática pedagógica de futuros professores* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Damião Júnior, M. (2005). *Experiência do Símbolo no pensamento de C. G. Jung: Hermenêutica e Interpretação*. Rio de Janeiro: Aion.

- D'Allones., C.R (2004). Psicologia clínica e procedimento clínico. In Giami, M & Plaza, M. (eds.). *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas*. (pp. 17-34). Belo Horizonte: Casa do Psicólogo.
- Delgado, P.G. G.D. (2000). Prefácio. In Almeida, N. M. C., & Delgado, P.G. G.D. (orgs). *De volta à Cidadania: políticas públicas para crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro, Instituto Franco Baságlia.
- Delgado, A. C. C, & Müller, F. (2005). Em busca de metodologias investigativas com as crianças e suas culturas. *Cadernos de Pesquisa*, 35(125), 161-179. Recuperado em 20 de julho de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742005000200009&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0100-15742005000200009.
- Evans, R. (1964). *Entrevistas com Jung: e as reações de Ernest Jones*. Rio de Janeiro: Ed Eldorado.
- Espínola, L. L. (2013). *Práticas de cuidar de adolescentes usuários de drogas* (dissertação de Mestrado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, Brasil.
- Estatuto da Criança e do Adolescente. (2012). Diário Oficial da União. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990 (9ª ed). Brasília, DF. http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf
- Estellita-Lins, C., Oliveira, V. M., & Coutinho, M. F. (2009). Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 195-204. Recuperado em 25 de janeiro de 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100026&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-81232009000100026.
- Edinger, Edward F. (1989). *Ego e Arquétipo*. São Paulo: Cultrix.
- Farias, C. A., Lima, P. O. C., Ferreira, L. A., Cruzeiro, A. L. S., & Quevedo, L. A.. (2014). Sobrecarga em cuidadores de usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil no sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12), Recuperado em 25 de janeiro de 2016, de 4819-4827. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.19182013>
- Ferreira, T. (2004). Sob o manto da deficiência. In Ferreira, T. *A Criança e a Saúde Mental – enlases entre a clínica e a política*. (pp. 13-22). Belo Horizonte: Autêntica.
- Fiocruz (2015). *Especialistas apontam fracasso da guerra às drogas no país*. Recuperado de <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/especialistas-apontam-fracasso-da-guerra-drogas-no-pais>
- Gaiva, M. A. M. (2009) Pesquisa envolvendo criança: aspectos éticos. *Revista Bioética*. 17 (1), 135–146. Recuperado em 23 abr. 2015, de em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/85
- Galiás, I. (1997). Anorexia Nervosa. Juguiana. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica*. 15 (1). pp 70-79.

- Guba, E. G. & Lincoln. Y. S. (2001) Guidelines and checklist for constructivist (a.k.a /fourth generation evaluation). *Evaluation Checklist projects*. Recuperado em 4 de março de 2015, de http://www.wmich.edu/evalctr/archive_checklists/constructivisteval.pdf
- Guba, E. G. & Lincoln. Y. S (2011). *Avaliação de quarta geração*. Campinas: Editora Unicamp.
- Guggenbühl-Craig, A. (1986). *Eros on crutches: on the nature of the psychopath*. Dallas: Spring Publications.
- Groesbeck, C.J. J. (1983). A imagem arquetípica do médico ferido. In *Junguiana Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica*, 1 (1).pp. 72-96.
- Global Commission on Drug Policy (2012). The War on Drugs and HIV/AIDS: How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic. Recuperado de http://globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/GCDP_HIV-AIDS_2012_REFERENCE.pdf
- Henderson, J. L. (1984). *Cultural Attitudes in Psychological Perspective*. Toronto: Inner City Book:.
- Henderson, J. L. (1990). *Shadow and Self*. Illinois: Chiron:.
- Iglesias, A. (2015). *O Apoio Matricial em Saúde Mental sob vários olhares* (Tese de Doutorado em Psicologia) Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.
- Jacobi, J. (1990). *Complexo, arquétipo, símbolo na psicologia de C. G. Jung*. São Paulo: Cultrix.
- Jacoby, M. (2008). *O encontro Analítico: Transferência e Relacionamento Humano*. São Paulo: Cultrix:
- Janssens, M., Van Rooij, M. F., Tem Have, H. A. Kortmann, FA. , & Van Wijmen, F. C. (2004) Pressure and coercion the care for the addicted: ethical perspectives *J. Med Ethics*. 30 (5). 453-8 Recuperado em 02 de dezembro de 2017, de <http://jme.bmj.com/content/30/5/453>
- Jodelet, D.(2005). *Loucuras e Representações Sociais*. Petrópolis: Cultrix.
- Jung, C. G. (2001). *Cartas: Volume 1*. Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (2012). *Ab reação, análise de sonhos e transferência*. (9ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (2012b). *Psicologia e Alquimia*. (6ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (2012c). *Mysterium Coniunctionis*. (6ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (2013). *A Natureza da Psique*. (10ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (2013b). *A prática da Psicoterapia*. (16ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (2013c). *A Vida Simbólica*. (7ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (2013d). *Psicogênese das doenças mentais*. (6ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (2013e). *Tipos Psicológicos*. (7ª ed.). Petrópolis: Vozes.

- Jung, C.G. (2014). *Os arquétipos e o Inconsciente Coletivo*. (11ª ed.). Petrópolis: Vozes..
- Jung, C. G. (2014b). *Psicologia do inconsciente*.(24ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (2015). *O eu e o inconsciente*. (27ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Kantorski, L. P., Wetzel, C., Olschowsky, A., Jardim, V. M. R., Bielemann, V. L. M., & Schneider, J. F.. (2009). Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(31), 343-355. Recuperado em 01 de maio de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400009&lng=en&tln=pt. 10.1590/S1414-32832009000400009.
- Kimbles, Samuel, L. (2003). Cultural Complexes and Collective Shadow Process. In: Beebe, J. (org). *Terror, violence and the impulse to destroy: perspectives from analytical psychology* (pp. 211-234). Canadá: Daimon.
- Kramer, S. (2002). Autoria e autorização: questões éticas na pesquisa com crianças. *Cadernos de Pesquisa*, (116), 41-59. Recuperado em 30 de julho de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000200003&lng=en&tln=pt. 10.1590/S0100-15742002000200003.
- Lancetti, A. (2009). Redução de danos como ampliação da vida. In: Lancetti, A. *Clinica Peripatética* (4ª ed, pp. 77-85). São Paulo: Hucitec.
- Leslie, K. M. (2008). La réduction des méfaits : Une démarche pour réduire les comportements à risque des adolescents en matière de santé. *Paediatr Child Health*. Jan; 13(1), 57–60. Recuperado em 02 de dezembro de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2528823/>
- Lima Filho, A. P. (2015). *O Pai e a psique*. (2ª ed.). São Paulo: Paulus.
- Lima, I. C. B. F., Barros, C. R. , Mello, G. F. de M, & Passis, I. C. F. (2017). Impactos da política de drogas para crianças, adolescentes e jovens: a redução de danos como possibilidade de intervenção psicossocial. In: Passos, I. C. F., & Penido, C. M. F. (org). *Atenção psicossocial para crianças e adolescentes: pesquisa-intervenção nas redes*. São Paulo: Zagodoni.
- Luckow, H. I., & Cordeiro, A. F. M.. (2017). Concepções de Adolescência e Educação na Atuação de Profissionais do CAPSi. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 393-403. Recuperado em - 2 de dezembro de 2017, de <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001432016>
- Marques, G. O. (2009). *Modelos Heróicos no desenvolvimento infantil e adolescente: uma compreensão junguiana* (Dissertação de Mestrado). Programa de Estudos em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Mello, E. C. C. (2007). *Mergulhando no Mar sem Fundo: Fundamentos da Clínica Junguiana*. Rio de Janeiro: Aion.
- Minayo, M. C. de S. (org.); (1994). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.

- Minayio, M. C. de S. (1994). Representações de Cura no Catolicismo Popular. In Alves, P. C., & Minayo, M. C. de S. (Org). *Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico* (pp. 57-63). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Minayo, M. C. de S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S., & Deslandes, S. F.. (1998). A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(1), 35-42. Recuperado em 05 de junho de 2017, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000100011>
- Mombelli, M. A., Marcon, S. S., & Costa, J. B. (2010). Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília*. 63 (5), 735-740. Recuperado em 09 de janeiro de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/07.pdf>.
- Moraes, F. F., & Tristão, K. G. (2014). Vida Simbólica: Considerações sobre a Religiosidade no processo saúde-doença. In Amorim, S, & Bilotta, , F. A. (Org.). *Jung & Saúde: Temas Contemporâneos*. (pp. 145-163). São Paulo: Paco Editorial.
- Moura, Y. G. de, et. al (2012). Drug use among street children and adolescents: what helps?. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(7), 1371-1380. Recuperado em 30 de outubro de 2014, de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000700015&lng=pt&tlng=en. 10.1590/S0102-311X2012000700015.
- Nardi, M. B.; Avellar, L. Z. (2013). Clinical Psychology and Social Psychology: Possible Intersections. In International Psychological Applications Conference and Trends – InPACT. Madri . *International Psychological Applications Conference and Trends - Book of Proceedings*. Lisboa: WIARS. pp. 17-20.
- Neumann, E. (1995). *A Criança*. (10ed). São Paulo: Cultrix.
- Novaes, Camila Souza. (2016). Corrupção no Brasil: uma visão da psicologia analítica. *Junguiana*, 34(2), 5-17. Recuperado em 23 de janeiro de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-08252016000200002&lng=pt&tlng=pt.
- Nunes, D. C., Santos, L. M. B. de, Fischer, M. F. B., Güntzel, P. (2010). “...outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas...”. In Santos, L. M B. (org) *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas* (pp.15-26). Alegre: Ideograf / Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul.
- Oliveira, T. G. P. de, Muylaert, C. J. , & Reis, A. O. A. (2012). Crianças como sujeitos na pesquisa: uma revisão integrativa. *Psicologia Hospitalar*, 10(2), 02-16. Recuperado em 25 de agosto de 2015, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092012000200002&lng=pt&tlng=pt .
- Otto, R. (1985). *O Sagrado: Os aspectos irracionais na noção do divino e na sua relação com o racional*. Petrópolis: Vozes.

- Paim, et al. (2017). Atendimento ao adolescente usuário de substâncias psicoativas: papel do centro de atenção psicossocial. *Cogitare Enferm.* 22 (1). Recuperado em 02 de dezembro de 2017, de <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48011>
- Pinto, A. C. S., Albuquerque, R. A., Martins, A. K., & Pinheiro, P. C. (2017) Drogas sob o olhar de jovens usuários em situação de tratamento. *Rev. Fund. Care Online.* 9 (3). p. 824-830. Recuperado em 09 de janeiro de 2018, de Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.824-830>
- Paula, C. S, Duarte, C. S, & Bordin, I. A S. (2007). Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 11-17.. Recuperado em 25 de maio de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000100006&lng=en&tlng=. 10.1590/S1516-44462006005000012.
- Passetti, L,L, Godley, M.D., & Kaminer,Y. (2016). Continuing Care for Adolescents in Treatment for Substance Use Disorders. *Child Adolescent Psychiatri Clin*, 25(4):669-84. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27613345>
- Passos, I. F., & Lima, I. C. B. F.. (2013). Drug policy: what impact does it have on children and youth?. *Psicologia & Sociedade*, 25(spe), 111-121. Recuperado em 02 de dezembro de 2017, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822013000500013>
- Passos, E. H., & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154-162. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000100017>
- Penna, E. M. D. (2005). A imagem arquetípica do curador ferido no encontro analítico. In Werres, J. (org.) *Ensaio sobre a clínica Junguiana*. Porto Alegre: Imprensa Livre.
- Penna, E. M. D. (2007). Pesquisa em psicologia analítica: reflexões sobre o inconsciente do pesquisador. *Boletim de Psicologia*, 57(127), 127-138. Recuperado em 11 de janeiro de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432007000200002&lng=pt&tlng=pt.
- Penna, E. M.D. (2013). *Epistemologia e método na obra de C. G. Jung*. São Paulo: Educ.
- Penna, E. M. D. (2014). *Processamento Simbólico-arquetípico: pesquisa em psicologia analítica*. São Paulo: Educ.
- Pierre, P. R. (2002). *Dicionário Junguiano*. Petrópolis: Vozes.
- Quintanilha, B. C., Belolli, M., Tristão, K. G., & Avellar, L. Z. (no pelo). A Construção do cuidado em um CAPSi. *Revista Mental* (Barbacena).
- Ramaldes, H. Q, Avellar, L. Z., & Tristão, K. G. (2016). Características de Crianças Usuárias de Substâncias Psicoativas Descritas pela Própria Criança. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), e324220. Recuperado em 09 de janeiro de 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e324220>
- Raupp, L.& Milnitsky-Sapiro, C.. (2009). Adolescência, drogadição e políticas públicas: recortes no contemporâneo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(4), 445-454. Recuperado em 16 de

- janeiro de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2009000400005&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0103-166X2009000400005.
- Reis, C., Guareschi, N. M. de F. & Carvalho, S. de. (2014). Sobre jovens drogaditos: as histórias de ninguém. *Psicologia & Sociedade*. 26 (n esp), p 68-78. Recuperado em 09 de janeiro de 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26nspe/08.pdf>.
- Ronchi, J. P. (2012). *Ambiência e Saúde Mental: Um estudo no CAPSi de Vitória- ES*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.
- Samuels, A., Shorter, B., & Plaut, F. (1988). *Dicionário crítico de análise junguiana*. Rio de Janeiro: Imago.
- Santos, J. E., & Costa, A. C. O. (2016). Percepção dos usuários de substâncias psicoativas sobre a redução de danos. *SMAD, rev. Eletronica Saúde mental alcool drogas*. 12 (2). 101-107. Recuperado em 09 de janeiro de 2018, de <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i2p101-107>.
- Sarraceno, B. (1996). Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio. In Pitta, A. (org) *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (p.13-18). São Paulo: Hucitec.
- Scisleski, A. C. C, & Maraschin, C. (2008). Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. *Psicologia em Estudo* (Maringá), 13 (3). 457-465. Recuperado em 01 de março de 2015 de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n3/v13n3a06.pdf>
- Sesa (2015). CAPSi adi atua no cuidado de crianças e jovens usuários de drogas. Recuperado em 01 de maio, de http://www.vitoria.es.gov.br/cidadao/saude-mental#a_capsadi
- Singer, T. (2003). Cultural Complexes and Archetypal defenses of the group spirit. In: Beebe, John. *Terror, violence and the impulse to destroy: perspectives from analytical psychology* (pp. 191-211). Toronto: Daimon.
- Singer, T., & Kaplinsky, C(2010). *The Cultural Complex*. (Reprinted through the courtesy of the editor/Publisher: "Cultural Complexes in Analysis". In Jungian Psychoanalysis: Working in the Spirit of C.G. Jung, edited by Murray Stein pp. 22-37. Open Court Publishing Company, Chicago.). Recuperado de <https://aras.org/sites/default/files/docs/00042SingerKaplinsky.pdf> em 10 de agosto de 2017
- Schmidt, M. B., & Figueiredo, A. C. (2009). Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Revista Latinoamericana psicopatol. fundam*. 12 (1). 130-140. Recuperado em 09 de janeiro de 2018, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142009000100009>.
- Silva, J.R, & Mascarenhas, M.T.M. (2004). Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In Pinheiro, R, & Mattos, R. (org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (pp. 241-257). Rio de Janeiro: IMSUERJ,
- Silveira Filho, D. X. (1994). Drogas, Vícios: Conceitos e Preconceitos. *Junguiana: Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica* (São Paulo). 12 (01).

- Silveira Filho, D. X. (2002). *Drogas: Uma Compreensão Psicodinâmica das Farmacodependências*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silveira Filho, D. X., & Psloo, V. R.. (2011). Dependência Química a partir da Psicologia Analítica. In: Payá, Roberta. (2011). *Intercâmbio das Psicoterapias*. São Paulo: Rocca.
- Soares, R. H., Oliveira, A. A. F. de, Leite, K. C., & Nascimento, G. C. G. (2017). Medidas judiciais atinentes à atenção em saúde mental de adolescentes em conflito com a lei. *Interface*. 21 (60). p. 123-31. Recuperado em 09 de janeiro de 2018, de <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0636>.
- Steinberg, W. (1995). *Aspectos Clínicos da terapia Junguiana*. (9ª ed.). Cultrix.
- Ulson, G. (1988). *O método Junguiano*. São Paulo: Ática.
- Werneck, M. A. F., Faria, H. P., & Campos, K. F. C. (2009) *Protocolo de cuidados e de organização de serviço*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG. Recuperado em 09 de janeiro de 2018, de https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Protocolo_de_cuidado_a_saude_e_de_organizacao_de_servico_1/223.
- Waiselfisz, J.J. (2015). *Mapa da Violência: Mortes Matadas por Arma de Fogo*. Brasília, DF: Secretaria Geral da Presidência da República. Recuperado de <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaViolencia2015.pdf>
- Wetzel, C., Kantorski, L. P., Olschowsky, A. S., Jacó F., & Camatta, M. W.. (2011). Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2133-2143. Recuperado em 01 de maio de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400013&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-81232011000400013.
- Wetzel, C.. (2005). *Avaliação de serviços de saúde mental: a construção de um processo participativo*. (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.
- Whitmont, E. C. (2014). *A busca do símbolo: conceitos básicos de psicologia analítica*. São Paulo: Cultrix.
- Vasters (2014). Redes de apoio social de adolescentes usuários de drogas atendidos em um serviço especializado ambulatorial em Ribeirão Preto/SP. (Tese de Doutorado). Programa de Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Von Franz, M-L. (1997). C. G. Jung: Seu mito em nossa época. (10ª ed.). São Paulo: Cultrix.
- Yasui, S.; Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, 32 (78). 27-37. Recuperado em 09 de janeiro de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>.

APÊNDICES

Apêndice I: Roteiro de Observação

Parte do presente roteiro foi adaptado a partir da dissertação de Ronchi (2012)

1. Do ambiente físico:

1.1 Onde se localiza o CAPSi? O serviço está integrado na comunidade?

1.2. Como é a acessibilidade do usuário ao serviço?

1.3 Como é o espaço de funcionamento do serviço CAPSi (número e disposição de salas)? Apresenta composições diferenciadas em cada cômodo?

1.4 Como se constituem os espaços para as diferentes atividades: atendimento individual, em grupo e oficinas?

1.5. Há privacidade nos espaços em que são desenvolvidas as atividades com as crianças e os adolescentes usuários de substâncias no CAPSi ?

1.6 Os espaços disponíveis no CAPSi favorecem a realização de diferentes atividades com as crianças e adolescentes usuários de substâncias assistidos do serviço?

1.7. Os espaços em que são desenvolvidas as atividades com crianças e adolescentes usuários de substâncias são os mesmos que os usuários “transtorno”.

1.8. Quais espaços são utilizados pelas crianças e adolescentes usuários de substâncias? Como esses espaços são utilizados?

2. Do ambiente social (do espaço e das relações interpessoais):

2.1 Como é a chegada das crianças e dos adolescentes usuários de substâncias no CAPSi?

2.2 Quem leva as crianças e os adolescentes usuários de substâncias ao serviço?

2.3 Quando chegam ao serviço, como e por quem as crianças e os adolescentes usuários de substâncias são recebidos?

2.4 Com quem e como ficam as crianças e os adolescentes usuários de substâncias quando estão no serviço do CAPSi?

2.5 Como os profissionais se dirigem às crianças e aos adolescentes usuários de substâncias?

2.6 Como as crianças e os adolescentes usuários de substâncias se dirigem aos profissionais?

2.7 Há contato físico entre as crianças e os adolescentes usuários de substâncias com os profissionais? Como eles ocorrem? As crianças e os adolescentes vão em direção ao profissional, ou o profissional é quem vai em direção à criança e ao adolescente?

2.8 Quais situações são propostas às crianças e aos adolescentes usuários de substâncias quando estão no CAPSi? Quem as propõe? Como são propostas?

2.9 As situações propostas às crianças e aos adolescentes apresentam particularidades dependendo de para quem são dirigidas, em função de diagnósticos, idades e preferências pessoais?

2.10 As crianças e os adolescentes usuários de substâncias podem recusar-se a fazer as situações propostas pelos profissionais no CAPSi?

2.11 Em caso de recusa por parte das crianças e dos adolescentes usuários de substâncias de fazer a atividade, como essa situação é manejada pelo profissional?

2.12 Como as atividades dirigidas às crianças e aos adolescentes usuários de substâncias são apresentadas aos mesmos?

2.13 Como interagem os profissionais na organização das atividades dirigidas às crianças e aos adolescentes? Existe divisão de tarefas?

2.14 Como interagem os profissionais e as crianças e os adolescentes na execução das atividades?

2.15. Os profissionais fazem distinções entre os usuários de substâncias e os usuários do caps transtornos?

2.16. Como os usuários “recebem” as atividades? O que falam de ter que participar? Querem participar?

2.17. Como os usuários participam das atividades? Quais? Quem participa? O que fazem?

2.18. Como as crianças e adolescentes usuários de substâncias se dirigem aos usuários “transtornos”?

2.19. Como as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico severo e persistente se dirigem aos usuários de substâncias?

2.20. Como as crianças e adolescentes usuários de substâncias relacionam-se entre si?

2.21. As crianças e adolescentes usuários de substâncias relatam/realizam ações que apontam para autonomia e cogestão no cuidado?

2.22. As crianças e adolescente usuários de substâncias relatam/realizam ações que envolvam estratégias de redução de danos?

3. Das Reuniões

3.1. Como acontecem as reuniões?

- 3.2. Quais e como os temas relacionados a temática do uso de substâncias são abordados?
- 3.3. Há interações e confrontos relacionados a temática?
- 3.4. Como são realizadas as discussões dos casos de dependência de substância/ que tipo de abordagem é realizada?
- 3.5. Quais encaminhamentos são apontados?
- 3.6. Como os profissionais se referem às crianças e adolescente usuários de substâncias?

Apêndice II – Formulário para registro de Observações

Data: _____

Início: _____ Término: _____

Local: _____

Observações:	Comentários:

Apêndice III: Roteiro de entrevista com a criança e/ou adolescente

Iniciais do nome:

Idade:

Escolaridade

Sexo

Com quem você mora?

1. Percurso

1. Você frequenta o CAPSi há quanto tempo?
2. Quando está aqui, o que você costuma fazer?
3. Como você se sente aqui?
4. O que te trouxe aqui?
5. Quem te trouxe aqui?

6. Você frequentou o CAPs adi, em São Pedro? **(Se não, pular para questão 13)**
7. Como era lá?
8. O que você fazia quando estava lá?
9. Como você se sentia lá?
10. Quem te levou para lá?
11. O que você acha do CAPSadi ter vindo pra cá?
12. Você acha que tem muita diferença de quando era lá em São Pedro pra agora?

13. Qual foi o primeiro lugar que você foi levado para tratamento por causa do uso de drogas?
14. Como era lá?
15. O que você costumava fazer lá?
16. Como você se sentia lá?
17. Por que você parou de ir lá?

18. Você já foi internado? **(se não foi, pular para a questão 25)**
19. Por que você foi internado lá?
20. Quantas vezes? Onde?
21. Quanto tempo ficou internado?
22. Como você se sentia lá?
23. O que você achava de lá?
24. Quem te levou pra lá?

25. Desses lugares que você frequentou, qual ou quais você gostou mais? Por que?
26. Desses lugares que você frequentou, qual você acha que tinha o melhor tratamento pra crianças e adolescentes que usam drogas? Por que?
27. Como você acha que tem que ser o lugar para cuidado (tratamento) em crianças e adolescentes que usam drogas?
28. O que você acha que tem que ter nesse lugar?

2. CAPSi

- 2.1. Como você entrou/chegou aqui?
- 2.2. Quem recebeu (acolheu) você?
- 2.3. Por que você vem aqui?
- 2.4. Quem cuida de você aqui? O eles fazem? Como eles fazem isso?
- 2.5. Quem escolheu as atividades que você participa aqui?
- 2.6. Como você se sente sendo cuidado (tratado) assim?
- 2.7. Quais atividades você faz?
- 2.8. Quais atividade você gosta de fazer?
- 2.9. Quando você não está participando das atividades, o que você faz?
- 2.10. Em quais lugares no CAPSi você gosta de ficar?
- 2.11. Você acha que poderia ter alguma coisa diferente pra você no CAPSi?
- 2.12. Você acha que alguma coisa difícil pra você fazer aqui?
- 2.13. Você consegue de contar alguma situação que você achou ruim/ ou difícil aqui?
- 2.14. Quais expectativas você tem em relação ao tratamento aqui?

3. Família

- 3.1. Quem cuida de você?
- 3.2. Eles participam do tratamento aqui no CAPSi? Quem?
- 3.2. Como eles participam?

4. Cuidado fora do CAPSi

4.1. Você frequenta algum outro lugar além do CAPSi? Quais?

4.2. O que você faz lá?

4.3 Como você se sente lá?

Eu não posso colocar o seu nome verdadeiro na pesquisa, mas eu preciso colocar um nome aqui. Você poderia escolher um nome para eu colocar? Porque você escolheu esse nome?

Apêndice IV - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Instituição



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO DE INSTITUIÇÃO EM PESQUISA

Esta é uma pesquisa coordenada pela Prof.^a Dr.^a Luziane Zacché Avellar e que será realizada pela doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Kelly Guimarães Tristão, PPGP 42013/2017, cujo título é “O lugar da Criança e do Adolescente em uso de Substâncias Psicoativas no cuidado em um Serviço de Saúde Mental infanto juvenil”

Justificativa: A rede de assistência em saúde mental para crianças e adolescentes impõe aos profissionais e pesquisadores desafios no campo de saúde mental, visto que a construção de novos serviços e de estratégias que abarquem as peculiaridades das demandas das crianças e adolescentes usuárias de substâncias psicoativas. Exigindo dos profissionais a tarefa de criar diferentes formas de atuação e aos pesquisadores desafia à produção de conhecimento científico e reflexões sobre esse contexto. Assim, a realização de pesquisas no campo de atenção psicossocial infanto-juvenil, mostra-se pertinente para a consolidação desse campo de assistência. Partindo deste contexto e da crescente demanda de atendimento infanto-juvenil no que se refere aos transtornos ocasionados pelo consumo de drogas, a pesquisa se justifica pelo impacto que essa problemática causa para o desenvolvimento biopsicossocial da criança e do adolescente e para o sistema de saúde que precisa responder a essa demanda.

Objetivo: Pensar o lugar da criança e do adolescente em uso de substância psicoativa no campo da assistência em saúde mental. Além disso objetiva-se analisar as concepções e práticas de cuidado à criança e ao adolescente usuário de substâncias por parte dos profissionais e dos próprios

usuários. Pretende-se também conhecer o como o percurso da criança e/ou adolescente nos serviços de saúde mental até ser assistido pelo serviço. Pretende-se ainda

Metodologia: Os dados serão coletados a partir da observação participante, priorizando o lugar da criança e do adolescente usuários de substâncias no cuidado em Saúde Mental. Além disso serão realizadas entrevistas semiestruturadas de caráter hermenêutico-dialético com profissionais de nível superior e técnico do CAPSi, e crianças e adolescentes usuários de substâncias assistidos no CAPSi. Para a análise dos dados, será utilizando a análise de conteúdo na modalidade de análise temática.

Duração e Local: A observação participante será realizada no CAPSi. As entrevistas serão realizadas no CAPSi em horário previamente agendado com o participante, e terão a duração de aproximadamente uma hora e meia.

Riscos e Desconfortos: Corre-se o risco de provocar constrangimento entre os participantes. Para evitar a ocorrência desses danos, o pesquisador irá assumir o papel de buscar ameniza-los, assumindo uma postura ética de não potencializar a ocorrência dos riscos.

A pesquisa oferece poucos riscos e para evitar quaisquer desconforto, o pesquisador irá assumir o papel de buscar ameniza-los, assumindo uma postura ética de não potencializar a ocorrência dos riscos.

Benefícios: A pesquisa contribuirá para uma melhor compreensão do lugar da criança e do adolescente usuários de substâncias psicoativas no cuidado em em Saúde Mental. O conhecimento científico nesse contexto poderá colaborar para a orientação e construção de políticas públicas e práticas de saúde direcionadas a essa população.

Garantia e recusa em participar da pesquisa: Em qualquer momento do andamento do projeto, os profissionais e usuários do CAPSi terão direito a quaisquer esclarecimentos em relação ao projeto e poderão deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da sua recusa.

Garantia de manutenção do sigilo e privacidade: As identidades dos participantes serão resguardadas durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação.

Esclarecimento de dúvidas: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, pode-se contatar a pesquisadora Kelly Guimarães Tristão no telefone (27) 4009-2501/ (27) 992573335, no endereço Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Psicologia, Prédio Professor Lídio de Souza, Centro de Ciências Humanas e Naturais (CCHN), ao lado do Cemuni VI, ou no email kgtristao@hotmail.com.

Você também pode contatar Comitê de Ética e Pesquisa da UFES para resolver dúvidas ou relatar algum problema através do Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário (Prédio Administrativo do CCHN) Bairro: Goiabeiras Município: VITORIA UF: ES CEP: 29.075-910 Telefone: 3145-9820 E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com

Você declara que autoriza o acesso das pesquisadoras para a observação da instituição (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil) para fins de coleta de dados para o projeto de pesquisa nos termos acima discriminado, sem nenhum ônus financeiro, pessoal ou moral. Declara ter conhecimento de que os resultados deste estudo poderão ser apresentados em reuniões e publicações de cunho científico, e que foi verbalmente informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os direitos.

Você declara ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pela pesquisadora. Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “O lugar da Criança e do Adolescente em uso de Substâncias Psicoativas no cuidado em um Serviço de Saúde Mental infanto juvenil” Eu, Kelly Guimarães Tristão, declaro ter cumprido as exigências da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Vitória-ES, _____ de _____ de 201_.

Representante legal da Instituição

Kelly Guimarães Tristão

Apêndice V - Roteiro de Entrevista aberta do Círculo Hermenêutico Dialético

Questões disparadoras

1. Você pode me relatar sobre as práticas de cuidado destinadas a crianças e adolescentes usuários de substâncias?
2. Quais são as principais características das práticas de cuidado em Saúde Mental a essa população?
3. Qual é a particularidade dessa clientela?
4. Quais são as principais dificuldades acerca da assistência em saúde a essa população?
5. Como você percebe o “lugar” dessa criança e adolescente no serviço, na assistência em saúde e nas políticas públicas?

Apêndice VI –organização com as ações de cuidado

1. PRÁTICAS DENTRO DO CAPSI

1.1. ACOLHIMENTO

1.2. ATENDIMENTOS

COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES	INDIVIDUAL	
	GRUPO	Grupo de vivência
		Grupo de meninas
COM AS FAMÍLIAS	Atendimento familiar	
	Atendimento somente da família	
	Grupo de família	

2. ENCAMINHAMENTOS

2.1. PARA ATIVIDADES EXTRA CAPSI	Adolescente aprendiz/ primeiro emprego
	Cursos
	Esporte e cultura
2.2. PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE	Dentro do capsí
	Fora do capsí
	Encaminhar os pais para tratamento

3. AÇÕES INTRA E INTERSETORIAIS

3.1. ESCOLA	Ir/ ligar para a escola
	Reinserção na escola

3.2. MATRICIAMENTO	
VISITA HOSPITAL/INTERNAÇÃO	
PROTEÇÃO	SASVI
	ABRIGO
	PROTEÇÃO
INTERLOCUÇÃO COM A REDE	

4. PRÁTICAS ESPECÍFICAS/ PRÁTICAS SUBJETIVAS

VÍNCULO
ESCUA
NEGOCIAÇÕES
MEDIAÇÃO
LIMITE
TRABALHAR COM MUDANÇA DE INTERESSE/ TIRAR O FOCO DA DROGA
BUSCA POR CAMINHOS DE ORGANIZAÇÃO
BUSCAR REFERÊNCIAS DAS CRIANÇAS
DAR CONSELHOS

OUTRAS

DISCUSSÃO DE CASO
VISITA DOMICILIAR

Apêndice VIII : Termo de consentimento livre e esclarecido – Pais ou Responsáveis**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL E DO DESENVOLVIMENTO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Para pais ou responsáveis**

Prezado(a) senhor(a), a criança ou adolescente, pelo qual o(a) senhor(a) é responsável, está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “O lugar da Criança e do Adolescente em uso de Substâncias Psicoativas no cuidado em um Serviço de Saúde Mental infanto juvenil.” sob a responsabilidade dos pesquisadores Kelly Guimarães Tristão e Luziane Zacché Avellar.

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender como é o cuidado à criança e ao adolescente em uso de substância psicoativa no CAPSi. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é que diante da realidade do uso frequente e cada vez mais cedo de drogas a pesquisa é importante pelo fato do uso de drogas influenciar o desenvolvimento biológico, psicológico e social da criança e do adolescente, e para auxiliar o sistema de saúde, profissionais e pesquisadores a construir estratégias de cuidado que melhor respondam a essa situação.

Na participação, a criança ou o adolescente será entrevistado, A entrevista terá como tema como ele/ela compreende o cuidado recebido e qual foi o caminho da criança e/ou adolescente na assistência em Saúde Mental até chegar ao CAPSi.

Em nenhum momento a criança ou o adolescente será identificado(a). Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

A pesquisa é considerada segura, entretanto, corre-se o risco de provocar constrangimento entre os participantes. Para evitar a ocorrência desses danos, o pesquisador irá assumir o papel de buscar ameniza-los, assumindo uma postura ética de não potencializar a ocorrência dos riscos. Além disso, será acordado com os participantes da pesquisa que as questões abordadas durante a entrevista terão o caráter sigiloso. A pesquisa contribuirá para uma melhor compreensão do lugar da criança e do adolescente usuários de substâncias psicoativas no cuidado em Saúde Menta no CAPSi, e para orientar a construção de políticas públicas e práticas de saúde.

A criança ou adolescente é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, pode-se entrar em contato com a pesquisadora Kelly Guimarães Tristão no telefone (27) 4009-2501/ (27) 992573335, no endereço Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Psicologia, Prédio Professor Lídio de Souza, Centro de Ciências Humanas e Naturais (CCHN), ao lado do Cemuni VI, ou no email kgtristao@hotmail.com.

Você também pode entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFES para resolver dúvidas ou relatar algum problema através do Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário (Prédio Administrativo do CCHN) Bairro: Goiabeiras Município: VITORIA UF: ES CEP: 29.075-910 Telefone: 3145-9820 E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com

Você declara que está de acordo com a participação da criança ou adolescente por quem é responsável neste estudo. Declara ter conhecimento de que os resultados deste estudo poderão ser apresentados em reuniões e publicações de cunho científico, e que foi verbalmente informado e esclarecido sobre o conteúdo do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os direitos. Você declara ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pela pesquisadora. Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “O Lugar da Criança e do Adolescente usuário de substâncias Psicoativas no cuidado em um serviço de saúde mental infanto juvenil de um município do Sudeste do Brasil”. Eu, Kelly Guimarães Tristão, declaro ter cumprido as exigências da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Vitória-ES, _____ de _____ de 201_.

Responsável por _____

Kelly Guimarães Tristão

Responsável pela pesquisa

Apêndice IX : Termo de assentimento livre e esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL E DO DESENVOLVIMENTO**

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Anuência do participante da pesquisa, criança, adolescente ou legalmente incapaz).

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “O lugar da Criança e do Adolescente em uso de Substâncias Psicoativas no cuidado em um Serviço de Saúde Mental infanto juvenil.” sob a responsabilidade dos pesquisadores Kelly Guimarães Tristão e Luziane Zacché Avellar. Nesta pesquisa nós estamos buscando entender o lugar da criança e do adolescente em uso de substância psicoativa no cuidado em saúde mental. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é que diante da realidade do uso frequente e cada vez mais precoce de drogas a pesquisa é importante pelo fato do uso de drogas influenciar o desenvolvimento biológico, psicológico e social da criança e do adolescente, e para ajudar a construir estratégias de cuidado para essas crianças e adolescentes

Para esta pesquisa será feita entrevista, que durará cerca de uma hora e só será realizado se você quiser.

Para participar desta pesquisa, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você poderá tirar qualquer dúvida que tiver sobre a pesquisa e se desejar poderá se negar a participar em qualquer momento. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e você não será identificado em nenhum momento, inclusive em publicação.

A pesquisa é considerada segura, entretanto, corre-se o risco de provocar constrangimento entre os participantes. Para evitar a ocorrência desses danos, o pesquisador irá assumir o papel de buscar ameniza-los, assumindo uma postura ética de não potencializar a ocorrência dos riscos. Além disso, será acordado com os participantes da pesquisa que as questões abordadas durante a entrevista terão o caráter sigiloso. A pesquisa contribuirá para uma melhor compreensão do lugar da criança e do adolescente usuários de substâncias psicoativas na Assistência em Saúde Mental, e para orientar a construção de políticas públicas e práticas de saúde. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, pode-se contatar a pesquisadora Kelly Guimarães Tristão no telefone (27) 4009-2501/ (27) 992573335, no endereço Universidade Federal do Espírito Santo,

Departamento de Psicologia, Prédio Professor Lídio de Souza, Centro de Ciências Humanas e Naturais (CCHN), ao lado do Cemuni VI, ou no email kgtristao@hotmail.com.

Você também pode contatar Comitê de Ética e Pesquisa da UFES para resolver dúvidas ou relatar algum problema através do Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário (Prédio Administrativo do CCHN) Bairro: Goiabeiras Município: VITORIA UF: ES CEP: 29.075-910 Telefone: 3145-9820 E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com

Você declara que está de acordo com a participação a sua participação na pesquisa e que foi informado dos objetivos da presente pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Que sabe que a qualquer momento poderá solicitar novas informações, e o seu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do seu responsável já assinado. Declara que recebeu o termo de assentimento e que foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as suas *dúvidas*.

Vitória, ES, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do (a) criança ou adolescente

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Apêndice X - Termo de consentimento livre e esclarecido - Profissionais



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL E DO DESENVOLVIMENTO**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

Esta é uma pesquisa coordenada pela Prof.^a Dr.^a Luziane Zacché Avellar e que será realizada pela doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Kelly Guimarães Tristão, PPGP 42013/2017, cujo título é “O lugar da Criança e do Adolescente em uso de Substâncias Psicoativas no cuidado em um Serviço de Saúde Mental infanto juvenil.”

Justificativa: A rede de assistência em saúde mental para crianças e adolescentes impõe aos profissionais e pesquisadores desafios no campo de saúde mental, visto que a construção de novos serviços e de estratégias que abarquem as peculiaridades das demandas das crianças e adolescentes usuárias de substâncias psicoativas. Exigindo dos profissionais a tarefa de criar diferentes formas de atuação e aos pesquisadores desafia à produção de conhecimento científico e reflexões sobre esse contexto. Assim, a realização de pesquisas no campo de atenção psicossocial infanto-juvenil, mostra-se pertinente para a consolidação desse campo de assistência. Partindo deste contexto e da crescente demanda de atendimento infanto-juvenil no que se refere aos transtornos ocasionados pelo consumo de drogas, a pesquisa se justifica pelo impacto que essa problemática causa para o desenvolvimento biopsicossocial da criança e do adolescente e para o sistema de saúde que precisa responder a essa demanda.

Objetivo:. Analisar as concepções de cuidado em saúde mental à criança e ao adolescente em uso de substâncias em um serviço de CAPSi de um município da região Sudeste do Brasil.

Identificar como os profissionais do CAPSi compreendem o lugar de assistência às crianças e aos adolescentes em uso de substâncias.

Metodologia: Será realizada uma pesquisa de natureza qualitativa. Para consecução dos objetivos propostos será utilizado Observação Participante e Entrevistas de caráter hermenêutico dialético. Para a análise dos dados, será utilizando a análise de conteúdo na modalidade de análise temática. Serão convidados a participar da pesquisa profissionais de nível técnico e superior que atuam no CAPSi.

Duração e Local: Cada entrevista terá a duração de aproximadamente uma hora e meia. As entrevistas serão realizadas em horário e local previamente agendado com o participante.

Riscos e desconfortos: Corre-se o risco de provocar constrangimento entre os participantes. Para evitar a ocorrência desses danos, o pesquisador irá assumir o papel de buscar ameniza-los, assumindo uma postura ética de não potencializar a ocorrência dos riscos. Além disso, será acordado com os participantes da pesquisa que as questões abordadas durante a entrevista terão o caráter sigiloso.

Benefícios: A pesquisa contribuirá para uma melhor compreensão do lugar da criança e do adolescente usuários de substâncias psicoativas no cuidado em Saúde Mental. O conhecimento científico nesse contexto poderá colaborar para a orientação e construção de políticas públicas e práticas de saúde direcionadas a essa população.

Garantia de recusa em participar da pesquisa: Você não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da sua recusa.

Garantia de manutenção do sigilo e privacidade: Sua identidade será resguardada durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação.

Esclarecimento de dúvidas: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, pode-se contatar a pesquisadora Kelly Guimarães Tristão no telefone (27) 4009-2501/ (27) 992573335, no endereço Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Psicologia, Prédio Professor Lídio de Souza, Centro de Ciências Humanas e Naturais (CCHN), ao lado do Cemuni VI, ou no email kgtristao@hotmail.com.

Você também pode contatar Comitê de Ética e Pesquisa da UFES para resolver dúvidas ou relatar algum problema através do endereço: Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário (Prédio Administrativo do CCHN) Bairro: Goiabeiras Município: VITORIA UF: ES CEP: 29.075-910 Telefone: 3145-9820 E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com

Você declara ter conhecimento de que os resultados deste estudo poderão ser apresentados em reuniões e publicações de cunho científico, e que você foi verbalmente informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os direitos. Você declara ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pela pesquisadora. Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa ““O lugar da Criança e do Adolescente em uso de Substâncias Psicoativas no cuidado em um Serviço de Saúde Mental infante juvenil.”. Eu, Kelly Guimarães Tristão, declaro ter cumprido as exigências da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Vitória-ES, _____ de _____ de 201_.

Participante da pesquisa

Kelly Guimarães Tristão

Pesquisador Responsável