



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Michelle Ferreira Martins

**A Trama Paradoxal no Cuidado em Saúde Mental de Crianças e
Adolescentes Usuários de Drogas**

UBERLÂNDIA

2017



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Michelle Ferreira Martins

A Trama Paradoxal no Cuidado em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes Usuários de Drogas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini.

**UBERLÂNDIA
2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

M386t
2017 Martins, Michelle Ferreira, 1986
 A Trama paradoxal no cuidado em saúde mental de crianças e
 adolescentes usuários de drogas / Michelle Ferreira Martins. - 2017.
 109 p.

 Orientador: João Luiz Leitão Paravidini.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2017.7>
 Inclui bibliografia.

 1. Psicologia - Teses. 2. Saúde mental - Adolescente - Teses. 3.
 Psicanálise - Teses. 4. Toxicomania - Teses. I. Paravidini, João Luiz
 Leitão. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-
 Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Michelle Ferreira Martins

A Trama Paradoxal no Cuidado em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes Usuários de Drogas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini

Banca Examinadora

Uberlândia,

Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini. (Orientador)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão (Examinador)
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba, MG

Prof. Dra. Anamaria Silva Neves (Examinador)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dr. Tiago Humberto Rodrigues Rocha (Examinador Suplente)
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba, MG

Prof. Dra. Miriam Tachibana (Examinador Suplente)
Universidade Federal de Uberlândia- Uberlândia, MG

UBERLÂNDIA

2017

Às minhas almas perfumadas: Vovó Carminha e Vó Juventina!

Saudade eterna...

Agradecimentos

À minha amada família, obrigada por sempre me apoiar, vibrar com minhas conquistas e me amparar em momentos de dificuldades.

Ao meu amor Fernando, minha gratidão por ser meu companheiro e incentivar meu crescimento.

Aos amigos do grupo de mestrado, em especial a Maíra e Tassiana que tanto contribuíram com suas discussões, parceria e amizade.

À Oswaldo e Heloisa, meus amigos e parceiros do cotidiano, obrigada pela leitura atenta e pronta escuta para minhas lamentações nesta árdua caminhada.

Agradeço a rica contribuição da Prof. Dra. Anamaria Neves e Renata Pegoraro por participarem da banca de qualificação.

Agradeço a equipe do CAPSI pelo grande aprendizado e em especial a M. e sua família por suas histórias.

Obrigada professor João por acreditar no meu trabalho!

Minha eterna gratidão a todos que estiveram comigo nessa caminhada!

“Seja pela escuta do paciente e de seus familiares, ou somente do paciente em seus lugares próprios, sem descaracterizá-lo nem diminuí-lo. Esta clínica está muito mais preocupada com a preservação da singularidade do indivíduo”. (Lancetti, 2006).

Resumo

A recente implantação de políticas públicas em Saúde Mental voltadas para crianças e adolescentes usuários de álcool e drogas e, conseqüentemente, a inserção dessa clientela nos serviços de atenção psicossocial, tem gerado impacto e desafios na assistência. Esta pesquisa almejou compreender como o cuidado em Saúde Mental para crianças e adolescentes usuários de álcool e drogas foi sendo montado através do entrelaçamento das políticas em Saúde Mental, da história institucional de um CAPSI e do plano do sujeito. A Psicanálise como teoria e método nos guiou nesta trajetória. Percorremos o caminho pela legislação em Saúde Mental infanto-juvenil, a história institucional de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSI) e através do acompanhamento do caso de um adolescente toxicômano atendido neste serviço. Esta pesquisa psicanalítica também teve um caráter de intervenção clínica propiciado pelo acompanhamento do caso M. e do cotidiano do CAPSI. Utilizamos como recurso metodológico um diário metapsicológico de campo que se baseou em três eixos: a pesquisa etnológica, observação participante e o diário clínico. A leitura dirigida pela escuta psicanalítica e a transferência instrumentalizada nos possibilitou realizar análise dos dados e construir um ensaio metapsicológico e a construção do caso clínico. Neste processo, percebemos a presença de um movimento repetitivo e paradoxal de inclusão e exclusão, numa trama que envolvia tanto a política, quanto a história institucional e o plano do sujeito. Esta dinâmica influenciava diretamente as práticas do cuidado na atenção psicossocial de crianças e adolescentes toxicômanos e usuários de drogas e na forma como elas eram percebidas no serviço e na rede de atenção psicossocial. Estas crianças e adolescentes possuíam questões para além do consumo de drogas, como a presença do diagnóstico de outros transtornos mentais e falta de suporte familiar e social. Elas representavam um grupo socialmente marginalizado, enredado numa trama paradoxal entre os processos de inclusão e a exclusão em que a droga se tornou um recurso para fazer-se incluir a partir da sua condição de exclusão. Observamos também que este mesmo movimento se deu em outros momentos na história institucional com a inserção de clientela diferentes de crianças e adolescentes. Acreditamos que entender esse movimento pôde nos ajudar a repensar as práticas de cuidado e nos mobilizar para a construção de uma clínica possível no cotidiano dos serviços de atenção psicossocial infanto-juvenil. Propomos também através da clínica peripatética e da escuta psicanalítica, uma possibilidade de construção de práticas de cuidado que valorize as especificidades da infância e da adolescência e a singularidade de cada sujeito.

Palavras-Chave: Saúde Mental, Psicanálise, Infância, Adolescência, Toxicomania.

Abstract

The recent implementation of Mental Health public policies aimed at children and adolescent users of alcohol and other substances and, consequently, the insertion of such clientele in psychosocial care services has generated impact and challenges in care. This research craved to understand how the Mental Health care for children and adolescent users of alcohol and drugs was being set up through Mental Health policies, the institutional history of a CAPSI and the subject's plan. Psychoanalysis as theory and method guided us in this course. We have followed the path of legislation on child and juvenile Mental Health, the institutional history of a Child and Adolescent Psychosocial Care Center (CAPSI) and through the follow-up of a teenage drug user case assisted in that service. This psychoanalytic research also had the character of a clinical intervention, enabled by the follow-up of M.'s case and the daily routine of CAPSI. We used as a methodological resource a metapsychological field diary based on three axes: ethnological research, participant observation and clinical diary. The reading guided by the psychoanalytic listening and the instrumentalized transference allowed us to perform data analysis, set up a metapsychological essay and the construction of the clinical case. In that process, we perceived the presence of a repetitive and paradoxical motion between inclusion and exclusion, in a weave that involved politics, institutional history and the subject's plan. Such dynamics directly influenced care practices in the psychosocial care of drug-addicted children and adolescents in the psychosocial network. Those children and adolescents had issues beyond their drug use, such as the presence of other mental health diagnosis and the lack of social and family support. They represented a socially marginalized group entangled in a paradoxal weave among inclusion and exclusion processes in which the drug became a resource to make them feel included from their exclusion condition. We also observe that a same movement occurred at other times in the institutional history with the insertion of different clientele of children and adolescents. We believe that such movement could help us rethink care practices and mobilize us to build a possible clinic in the daily care services for children and adolescents. We also propose, through the peripatetic clinic and psychoanalytic listening, a possibility of constructing care practices that value the specificities of childhood and adolescence, as well as the singularity of each and every subject in care.

Key Words: Mental Health, Psychoanalysis, Childhood, Adolescence, Substance Abuse.

Sumário

1 Introdução	12
2 Contextualização das Políticas Públicas em Saúde Mental Infanto-juvenil: do campo político para o campo institucional	21
2.1 As política públicas como um campo de (pre)tensão	22
2. 2 Impacto das políticas em saúde mental infanto-juvenil no cotidiano de um CAPSI: tensões e os desafios na assistência	35
2.3 O CAPSI na conjuntura atual	41
2.4 “CAPSI fechado”	44
3. Clínica das Toxicomanias na Infância e Adolescência	50
3.1 Toxicomania como paradigma contemporâneo.....	51
3.2 As toxicomanias	53
3.3 As toxicomanias na infância e adolescência	61
4 A Construção do Caso M.: Invenções e Conduções Clínicas	66
4.1 O caso M	66
<i>4.1.1 “Eu mato ele e ele me mata mas um não vive sem o outro”</i>	<i>69</i>
<i>4.1.2 A insígnia do abandono do pai</i>	<i>72</i>
<i>4.1.3 “A maconha é minha alegria”.....</i>	<i>73</i>
<i>4.1.4 O menino que incorporava</i>	<i>73</i>
<i>4.1.5 “Em busca de conceito”.....</i>	<i>74</i>
4.2 Análise do acompanhamento do caso M	77
<i>4.2.1 Reflexão ampliada do caso</i>	<i>79</i>
5 “Os Pacientes ads” e a Trama Paradoxal entre a inclusão e a Exclusão	87
5.1 Os “pacientes ads”, um gueto de exclusão?	87
5.2 Movimento paradoxal entre inclusão e exclusão	91

6 Considerações Finais	95
Referências	100
Apêndice A - Declaração da instituição co-participante	104
Apêndice B - Termo de Assentimento para o Menor	105
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	107
Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Profissionais).....	108
Anexo A - Parecer de Aprovação do Comitê de Ética	109

1. Introdução

Temas como Saúde Mental, infância e adolescência e o uso de álcool e outras drogas pelas pessoas sempre permearam meus estudos e reflexões.

Foi a partir de uma experiência de trabalho na rede pública de saúde que algumas questões desta pesquisa começaram a ser delineadas. Penso que contar um pouco da minha trajetória pode ajudar a compreender o caminho de construção deste trabalho de pesquisa.

Iniciei meu percurso pela profissão de psicóloga num Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPS AD III) em 2010. Lá conheci muitos adultos usuários do serviço, seus familiares e suas histórias. Alguns desses exaltavam as aventuras vividas ao longo da vida, a busca de intenso prazer e outros discursavam sobre a “dureza” da vida nas ruas, sobre preconceito e agressões sofridas. Alguns evidenciavam em seu corpo a deterioração de seu psiquismo, de seus laços sociais, de seus sonhos e de si mesmo. Era comum relatarem histórias sobre o início do uso de substâncias psicoativas (SPA) na infância ou na adolescência, muito embora cada um apresentasse contextos diferentes de início de uso, condições subjetivas, familiares, sociais e econômicas.

Compreendi com eles que muitas vezes a “droga” parecia como algo contingencial em suas vidas, pois apresentavam tão graves problemas e intenso sofrimento que por vezes, para alguns, consumi-la era uma solução, um alívio para o insuportável peso da vida, mesmo que também levasse a sua própria deterioração. Esta prática trouxe-me muitos questionamentos: Que forma de estar no mundo era essa? Como trabalhadores em saúde mental, qual seria o nosso papel neste cuidado de pessoas que vivenciavam intenso sofrimento?

Neste serviço compartilhei afetos, questões e experiências com muitos colegas trabalhadores da Saúde Mental e de outros setores, diante dos desafios para construção de uma

clínica possível e uma rede de atenção psicossocial voltada para cuidado de usuários de álcool e outras drogas, orientadas pela lógica da Redução de danos e da luta antimanicomial.

Posteriormente, em 2013, comecei a trabalhar na função de coordenadora em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSI) que atendia crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e os que faziam uso de álcool e outras drogas. Neste serviço pude ter uma maior compreensão da complexidade e importância que envolve o cuidado com crianças e adolescentes usuárias de drogas.

Havia muitos impasses e desafios na assistência dessa demanda. Se para os adultos foi concebido um local “legitimado”, tal como o CAPS AD, o mesmo não acontecia para o público infanto-juvenil que fazia uso de substâncias psicoativas.

Havia um movimento de pais e profissionais que questionavam e se manifestavam contrários à assistência de usuários de drogas na instituição. As tensões produzidas por esta situação afetavam o modo como as crianças e adolescentes eram vistos e consequentemente cuidados na instituição.

Por sua vez, estes meninos passaram a mobilizar e a preocupar a equipe, pois muitos deles apresentavam uso compulsivo de drogas, envolvimento em situações de extremo risco e vulnerabilidade, falta de suporte familiar e social, assim como outros transtornos mentais associados ao uso de substâncias psicoativas. Como técnicos, pouco sabíamos sobre como intervir na assistência de crianças e adolescentes usuários de álcool e drogas.

Na nossa compreensão, isso se devia à recente implantação de políticas públicas para o cuidado de crianças e adolescentes usuárias de álcool e drogas, somados a fatores como limitada compreensão sobre a toxicomania na infância e na adolescência e uma visão moralizante em relação ao uso de drogas. Estávamos diante do desafio e responsabilidade em oferecer assistência a este público numa rede de atenção psicossocial que ainda estava se articulando.

Além dos desafios que vivenciamos no cotidiano na construção de uma rede de atenção psicossocial e uma clínica possível, o serviço, com a mudança da gestão municipal, passou por momento de crise, com demissão de funcionários, incerteza quanto ao recebimento de salários e falta de investimentos. Esses, entre outros motivos, culminaram com minha saída do CAPSI no final de 2013.

Muitas questões advindas dessa experiência profissional me mobilizaram para realização dessa pesquisa. Em 2015 recorro à academia, ao lugar de pesquisadora, e à Pesquisa em Psicanálise para refletir sobre a clínica e o cuidado com crianças e adolescentes que fazem uso de álcool e drogas. Esse foi um recorte que escolhi diante do que vivenciei em minha prática profissional com a assistência a usuários de drogas.

Inicialmente, meu objetivo era conhecer as crianças e adolescentes que faziam uso de álcool e drogas e compreender os mecanismos psíquicos que envolviam a dinâmica sintomática da toxicomania e suas especificidades na infância e adolescência. Porém, estas questões serviram de fontes disparadoras do processo de construção deste estudo.

Com tais objetivos, a minha hipótese da pesquisa se baseava na perspectiva de que crianças e adolescentes, por serem sujeitos em constituição, posto que vivem um momento peculiar de desenvolvimento físico, psíquico e social, apresentam especificidades próprias desse momento e, portanto, o cuidado deveria ser construído a partir de sua singularidade. A proposta metodológica era acompanhar o cotidiano dos sujeitos da pesquisa através de entrevistas e observações participantes nos diferentes locais do território em que eles podiam ser acessados.

Assim, para realização desta pesquisa, recorreremos a um CAPSI de uma cidade de Minas Gerais, pelo fato de esta ser a instituição pública responsável pelo recebimento e tratamento de crianças e adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas. Desse modo, nele encontramos com maior efetividade os sujeitos para nossa investigação. Outro fator que

pesou quanto à escolha do local para realização da pesquisa dizia respeito ao nosso próprio envolvimento com a instituição, tanto do orientador quanto da mestranda, onde da prática profissional suscitou muitas questões que motivaram esta empreitada.

O contexto de início do nosso trabalho de campo, em junho de 2016, foi um momento importante para as mudanças de rumo da pesquisa. Foi o momento em que o serviço vivenciava uma crise institucional, tendo passado por uma intervenção radical após a invasão na unidade de dois adolescentes usuários de drogas, atendidos no serviço. A gestão, junto com a equipe, optou por “fechar o CAPSI”, passando o serviço a funcionar como ambulatório por um tempo determinado.

Naquela oportunidade discutimos com a equipe sobre o projeto de pesquisa e foram levantados alguns casos como possíveis participantes do estudo. Por indicação da equipe e minha concordância, selecionamos inicialmente como participante da pesquisa um adolescente de treze anos que se apresentava como caso grave. Este acompanhamento não foi possível por intervenção da própria equipe e será discutido no capítulo dois.

Para continuidade do estudo foi indicado e autorizado pelos técnicos da instituição o acompanhamento de M., que na época também tinha treze anos. M. é um representante da clientela “ad”, de “difícil manejo” e se fez sujeito deste estudo.

M. é um adolescente de treze anos que está em acompanhamento no serviço desde janeiro de 2016. Apresentava uso compulsivo de drogas, delírios, alucinações, sexualidade exacerbada, persecutoriedade, histórico de tentativas de autoextermínio, envolvimento com criminalidade e ainda apresentava uma relação conflituosa com a mãe.

Nosso acompanhamento durou de julho de 2016 a março de 2017, o que nos proporcionou uma riqueza de aprendizado. Tivemos a oportunidade de ensaiar com M. passos da clínica peripatética, que se faz no ir-e-vir, fora dos muros do CAPSI, experiência que trataremos no capítulo quatro.

Nesta apresentação, vale destacar nossos recursos metodológicos. As vivências do acompanhamento do caso M., toda a trajetória da pesquisa, inquietações e percepções, foram registradas em um diário de campo. Utilizo este recurso do diário de campo já há muito tempo em minha prática acadêmica e profissional. É para mim fonte de informação, memória e também de expressão. Aliamos isto à pesquisa e o utilizamos como recurso metodológico para construção do ensaio metapsicológico e do caso clínico.

Segundo Iribarry (2003), o diário metapsicológico de campo é um meio para a coleta de dados em pesquisa psicanalítica e parece-nos um recurso interessante. Ele é baseado em três eixos epistemológicos, a saber: a pesquisa etnológica, que consiste na observação dos fatos sociais e da sociedade; a observação participante, que é na entrada no campo do objeto da pesquisa sua forma de participar e também de auto-observar; e o diário clínico, que advém das anotações das experiências do pesquisador. Com os dados coletados o pesquisador pode produzir narrativas para realizar sua análise e, posteriormente, produzir um ensaio metapsicológico.

Iribarry (2003) salienta que para realizar análise dos dados deve-se utilizar técnicas psicanalíticas como a leitura dirigida pela escuta e a transferência do pesquisador. Neste ponto de vista o pesquisador é o primeiro e principal participante da pesquisa psicanalítica, pois é através de seu modo de construção da investigação que se dará a escuta do sujeito e sua singularidade.

Assim, na pesquisa psicanalítica consideramos seu campo, o inconsciente; o objeto é o enfoque dado pelo pesquisador para ascender o inconsciente; e o método é o procedimento que se movimenta para o acesso do inconsciente (Caon, 1994, como citado em Iribarry, 2003, p.122).

A leitura dirigida pela escuta analítica busca identificar significantes que contribuem para articulação do problema da pesquisa, que é norteador da investigação. A transferência

instrumentalizada acontece quando o pesquisador se dirige para o texto dos participantes da pesquisa, advindos do diário de campo e dados coletados, relaciona seus achados com a literatura existente e elabora suas impressões e expectativas diante do problema de pesquisa e as impressões dos próprios participantes. Esta técnica de análise de dados oferece subsídios para que o pesquisador psicanalítico construa o ensaio metapsicológico, havendo uma abertura em que o pesquisador situa os significantes de suas expectativas em relação ao tema e consiga fazer suas considerações finais do trabalho. O que interessa é a experiência individual e a sua potência de vivência criadora que possibilita a aprendizagem (Iribarry, 2003).

Vale ressaltar que a escuta analítica ou escuta clínica psicanalítica foi um recurso importante que nos balizou também no acompanhamento do caso. Esta estratégia implica que o analista suporte a transferência, ocupando o lugar de suposto-saber sobre o sujeito para que assim este último possa falar, escutar-se e apropriar-se de seu discurso. À medida que o processo analítico se dá, o analista renuncia a posição de suposto saber possibilitando a produção de efeitos de significatização do sujeito em que ele se descobre como sujeito do desejo. Dessa maneira privilegia a singularidade e a demanda do sujeito em sua condição dividida (Rosa, 2002).

A construção do caso traz a luz uma hipótese metapsicológica através daquilo que é enigmático, singular e que vem da clínica do real. O caso é constituído a partir do registro dos relatos e das lembranças da história pessoal do sujeito e do que é trabalhado e elaborado durante a supervisão. Essa, que serve como espaço de interlocução entre o pesquisador e o supervisor em sua alteridade e permite que algumas hipóteses sejam construídas (Iribarry, 2003).

Para Figueiredo (2004), a construção do caso é uma contribuição da psicanálise à Saúde Mental, pois oferece subsídios para o trabalho em equipe interdisciplinar através da construção diagnóstica e de indicadores para o tratamento.

Nos servimos desses ensinamentos para construção desta pesquisa como estratégia metodológica, o que nos permitiu percorrer caminhos desconhecidos e ampliar o tema desta pesquisa.

As situações como início de contexto da pesquisa e aquelas envolvendo o acompanhamento de M. nos rememoravam ao movimento de resistência da equipe em relação à assistência de usuários de álcool e drogas e nos fizeram indagar: Por que aqueles pacientes mobilizavam tanto a equipe? Por que a equipe ficava tão perturbada? E como isto afetava na forma como eram vistos e cuidados na instituição?

Através do acompanhamento do caso e da nossa vivência na instituição durante a pesquisa, fomos instigados a nos debruçar sobre aspectos políticos, institucionais, culturais e psíquicos que permeiam o cuidado psicossocial na infância e adolescência. Passamos a colocar em questão a forma como estávamos construindo o cuidado em Saúde Mental de crianças e adolescentes usuários de drogas.

Foi tentando compreender como o cuidado na atenção psicossocial em Saúde Mental para crianças e adolescentes usuários de álcool e drogas foi sendo montado, que percorremos o caminho pela história, legislação, história institucional da unidade de referência deste estudo e acompanhamento do caso. Pois para nós, a noção de cuidado está permeada por três dimensões: a que legisla pelas políticas, a que coordena pela instituição e a que intervém a nível do sujeito.

Nesse processo, o problema da pesquisa foi se constituindo e ampliou-se para além desse público ou para uma clínica das toxicomanias como proposto no início. Pois percebemos que parecia haver um movimento repetitivo e paradoxal entre a inclusão e a exclusão que se dava numa trama que envolvia tanto a política, quanto a história institucional e o plano do sujeito que, por sua vez, influenciava diretamente as práticas do cuidado na atenção psicossocial para crianças e adolescentes.

Assim, no capítulo dois discutiremos a história política e institucional da atenção psicossocial a infância e adolescência, atentando para os diferentes momentos em que houve a inserção de clientelas específicas de crianças e adolescentes na legislação de políticas de atenção psicossocial. Abordaremos os impactos e os desafios no atendimento dessas diferentes clientelas no serviço de atenção psicossocial, referência deste estudo. Trataremos também o contexto tenso de início da pesquisa.

No capítulo três propomos um estudo teórico com base psicanalítica, que nos serve como referência para compreensão da toxicomania em relação com a neurose, psicose e da infância e adolescência contemporânea, que nos serviram tanto como norteadores no acompanhamento, quanto para construção do caso M..

No quarto capítulo, abordaremos a construção do caso M., seu acompanhamento, como esta trama política e institucional afeta no cuidado de M. e conseqüentemente de outras crianças e adolescentes usuárias de drogas. M. está enredado em outras tramas e se inclui a partir da condição de exclusão. Neste capítulo também realizamos uma análise clínica e ensaios de uma clínica peripatética como uma possibilidade de construção de um caminho para uma clínica com crianças e adolescentes toxicômanos e usuários de álcool e drogas.

No capítulo cinco discutiremos quem são os “pacientes ads” e abordaremos a trama paradoxal formada por um movimento de inclusão e exclusão que afeta como as crianças e adolescentes toxicômanas e usuárias de drogas são vistas e cuidadas dentro do CAPSI. Apontaremos também como a construção da escuta psicanalítica pode ser importante para balizar práticas de cuidado centradas no sujeito e sua singularidade.

O capítulo seis constitui nosso ensaio metapsicológico onde teceremos nossas considerações finais sobre esse árduo trabalho.

Ao longo da construção deste estudo nos preocupamos em apresentar os desafios vividos no cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e exemplificamos com a

clientela de usuários de álcool e drogas. Não é nosso objetivo buscar um modelo, mas acreditamos que é fundamental para a construção do cuidado valorizar as especificidades da infância e da adolescência e a singularidade de cada sujeito.

Dessa forma, almejamos que esta pesquisa possa contribuir para ampliação da discussão de políticas públicas voltadas para infância e adolescência, haja vista a pouca literatura disponível e a recente implantação das políticas públicas para este segmento da população. Que seja fonte de reflexão quanto ao longo caminho que ainda temos a percorrer no processo de construção de uma efetiva reforma psiquiátrica.

2. Contextualização das Políticas Públicas em Saúde Mental Infanto-juvenil: do campo político para o campo institucional.

Neste capítulo pretendemos apresentar o processo pelo qual o cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes foi historicamente se montando. Para isso vamos percorrer o caminho da história e da legislação atentos para a concepção de infância e adolescência e as diferentes formas de entender o sujeito, pois estas impactam diretamente na maneira de se pensar e estruturar o cuidado. Vamos abordar o início tardio das políticas em Saúde Mental infanto-juvenil e os diferentes momentos em que as atenções se voltaram para clientela específicas de crianças e adolescentes como: as crianças autistas; as crianças e adolescentes diagnosticadas com transtorno de conduta e de déficit de atenção e hiperatividade; e as usuárias de álcool e drogas. Por que em cada momento histórico se tem interesse por determinadas clientela?

Num segundo momento abordaremos os impactos dessas políticas na rede de saúde mental com enfoque para o CAPSI, referência desse estudo. Teceremos uma trama de tensionamento sobre a responsabilização do atendimento de crianças e adolescentes e o paradoxo entre inclusão e exclusão evidenciadas no contexto institucional.

Em um terceiro momento abordaremos sobre as conjunturas atuais do funcionamento do serviço e evidenciaremos a caracterização da clientela de crianças e adolescentes usuárias de drogas que se apresenta no cotidiano da instituição, evidenciando o que se apresenta no cotidiano do serviço. Em seguida discutiremos sobre as circunstâncias em que teve início a pesquisa de campo.

2.1 As política públicas como um campo de (pre)tensão

Souza (2006) conceitua as políticas públicas como um campo de conhecimento que almeja simultaneamente “‘colocar o governo em ação’ e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente).” (p. 26). Isso significa que a política pública se dá no âmbito do Estado e da sociedade civil e envolve a identificação de um problema social, discussão e elaboração de programas e ações com intuito de solucionar o problema. A autora aponta ainda que, sob um ponto de vista teórico-conceitual, a política pública é um campo multidisciplinar construído a partir de diversas áreas de conhecimento e de interesse, como sociologia, antropologia, psicologia, economia dentre outros. Privilegia uma perspectiva holística em que o todo é mais importante do que a soma das partes e repercutem diretamente na vida em sociedade.

Na noção de política pública vislumbramos um campo de tensão, em que há um jogo de poder movimentado pelos interesses e as contingências sociais vigentes. Sua análise é importante para compreendermos por que em determinados momentos se elege um tema como um problema social em detrimento de outros; quais as estratégias são traçadas e como isto impacta em grupos, instituições e por sua vez no indivíduo. Este é o caminho que almejamos percorrer pelas políticas públicas em Saúde Mental infanto- juvenil.

No contexto brasileiro, a elaboração de políticas públicas em Saúde Mental específicas para crianças e adolescentes se deu apenas no início do século XXI. Foram vários fatores que contribuíram para que essas pudessem ser criadas nesse período. Destacamos como um desses fatores a mudança de paradigma na concepção de infância e adolescência a partir da década de 1980, com o período de redemocratização do país.

Historicamente, na República Velha, as políticas voltadas para público infanto-juvenil traziam uma diferenciação clara entre crianças ricas e pobres. As primeiras eram consideradas o futuro da sociedade e, portanto, eram incluídas em políticas sociais básicas e submetidas ao controle da família e da escola (Cirino, 2001).

Já as crianças e adolescentes pobres, com deficiência, com transtornos mentais e as envolvidas em situação de risco social, eram estigmatizadas pela sociedade como “menores”. Não havia uma distinção entre elas e eram vistas como pertencentes “às classes perigosas”, consideradas como “delinquentes”. Essas eram alvo de controle social e sofriam sanções como afastamento de seus lares e de suas famílias por meio da institucionalização. O Estado, assim, criminalizava o pobre e atribuía a responsabilidade pela condição de risco e pobreza à família.

Em relação a esta infância marginalizada, o Estado apresentava um discurso de que “deveria se proteger” dessas crianças e adolescentes, pois elas eram consideradas pela sociedade como “perigosas”. Ao mesmo tempo, havia a ideia de que as crianças abandonadas e delinquentes eram alvo de perigos e que, portanto, o Estado seria responsável por cuidar delas.

Porém, naquele momento e até recentemente a noção de “cuidado” para estas crianças se dava por via da exclusão, excluindo-as do convívio social e enclausurando-as em educandários ou em instituições prisionais, tais como as Fundações Estaduais para Bem Estar do Menor (FEBEMs) se fizeram demonstrar. Para Cirino (2001), o Estado negligenciou por muitos anos a assistência à infância pobre, se limitando a ações de controle e repressão.

Foi apenas por volta dos anos 1980 que foi possível uma mudança de paradigma sob a concepção de infância e adolescência. O país passou por um momento de redemocratização em que redefinia suas responsabilidades. As movimentações no cenário internacional e nacional pautaram-se nos Direitos Humanos, Reforma Psiquiátrica e na luta pela democracia. Houve então o reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e as políticas passaram a ser voltadas para todas as crianças e adolescentes sem distinção. Tais movimentações possibilitaram a elaboração e promulgação da Constituição Federal de 1988 e principalmente da Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990, intitulada Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

O ECA promoveu uma regulamentação dos direitos civis, humanos e sociais e ainda a garantia de proteção integral por parte da família e do Estado à crianças e adolescentes. Assim, em vez de proteger a sociedade dos menores infratores, propõe-se garantir a proteção à criança e ao adolescente na condição de seres em desenvolvimento. Esses passam a ser concebidos não mais como meros objetos de medidas judiciais, e sim como pessoas de direitos (Fiore, 2005, p.266).

Acreditamos que as crianças e adolescentes ainda continuam sendo objeto de interesse e de intervenção de diversos campos como jurídico, educacional, médico da Saúde Mental, dentre outros.

O ECA, por sua vez, estabelece critérios cronológicos em que considera criança a pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescente entre doze e dezoito anos. Concebe-os como indivíduos em condição peculiar de desenvolvimento e como sujeitos dotados de direitos, cujos interesses são prioridades. Ainda preconiza que os direitos anunciados por ele sejam aplicados a todas as crianças e adolescentes sem distinção de classe social, cor, etnia, religião, deficiência, intencionando a uniformização na garantia de direitos e proteção integral, e a não exclusão (Lei nº 8.069, 1990).

Sobre a mudança de concepção de infância e adolescência, Couto e Delgado (2015) discutem que os movimentos sociais, como a Reforma Psiquiátrica e as inovações promovidas tanto pela Constituição Federal e o ECA, propiciaram condições para elaboração de políticas públicas voltadas para saúde mental infanto-juvenil. Esses autores discutem sobre a inclusão tardia do tema infância e adolescência na agenda de Saúde Pública Brasileira, que acontece a partir de 2001.

Para Couto (2002) a tardia inclusão do tema da infância e adolescência na pauta da Saúde Mental deve-se a um grande equívoco: o fato de a sociedade não atribuir a condição de loucura a uma criança. Predominava uma visão da criança como um aprendiz, que está em desenvolvimento e por esta visão se tornava alvo de políticas assistenciais e educacionais.

A promulgação da lei 10.216/2001 e a realização da III Conferência Nacional da Saúde Mental, também em 2001, possibilitaram que a Saúde Mental definisse um modelo de assistência para crianças e adolescentes, pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e drogas, baseado em serviços de atenção psicossocial novo, de caráter aberto, comunitário, visando a inclusão social, muito distinto do modelo de exclusão e encarceramento manicomial vivido anteriormente. Dessa forma, foi possível à Saúde Mental constituir-se como política pública sob a égide da cidadania, direito, proteção integral e da atenção psicossocial para crianças e adolescentes (Couto & Delgado, 2015).

Com a publicação da portaria 336 de 2002, o Ministério da Saúde apresentou disposições para implementação de serviços assistenciais de saúde mental para pessoas portadoras de transtornos mentais e usuários de álcool e drogas. Ofereceu orientações para criação de dispositivos concretos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Portaria 336, 2002). Essa representou a primeira orientação concreta na história do SUS para assistência a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Através dessa portaria começou-se a montar o cuidado em Saúde Mental infanto-juvenil através da criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSI) (Couto & Delgado, 2015).

Nessa portaria define-se o CAPSI como um serviço de atenção psicossocial voltado para atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e severos. Constitui-se um serviço ambulatorial, de atenção diária e caráter aberto e comunitário. São também responsáveis pelo desenvolvimento de estratégias de articulação intersetoriais da Saúde Mental entre setores da educação, da assistência social, do direito dentre outros (Portaria 336, 2002).

A publicação da portaria 336/2002 de caráter nacional, tomou como base experiências locais exitosas no cuidado de crianças e adolescentes com transtornos mentais e o crédito na potência advinda dessa clínica. Com patamar de norma, todo território nacional teve que rever seus procedimentos e construir uma rede de assistência para infância e adolescência orientadas

pelas diretrizes nacionais. Isso responsabilizou comunidade, gestores e profissionais a implementarem novos serviços para cuidar de crianças e adolescentes com transtornos mentais, até então negligenciados pelo histórico de exclusão social e de ausência de políticas públicas em Saúde Mental. A implementação de um novo modelo de atenção psicossocial gerou grande impacto nos serviços e nos indivíduos, mas necessário no avanço na assistência em Saúde Mental (Couto, 2002).

Os discursos vigentes sobre a concepção de infância e adolescência refletiram na forma de estruturar o cuidado em Saúde Mental, o que gerou um campo de tensão e poder.

Sob o ponto de vista jurídico, considerar crianças e adolescentes como “pessoas em desenvolvimento” apresenta em seu cerne a ideia de que, principalmente as crianças, dada sua idade, são incapazes de responsabilizar-se por seus atos e por sua palavra, pois não teriam capacidade de discernimento para avaliar as consequências desses e o que seria conveniente ou prejudicial para sua vida. Dessa forma, eles necessitam de um outro que os represente e se responsabilize por eles, como os pais ou tutores legais (Cirino, 2001). Por sua vez, esta noção gera práticas de se discursar sobre a criança, em que o adulto julga saber o que é melhor para ela desconsiderando o que a ela pensa e tem a dizer.

No discurso psicanalítico, considera-se que crianças e adolescentes são sujeitos em constituição, o que implica que elas ainda não podem se responsabilizar pelo próprio gozo e necessitam de que outro se responsabilize por elas. Em certa medida a criança depende de um outro que cuide, que proteja por causa de sua realidade fisiológica frágil e necessita do Outro, na dimensão alteridade, para que a simbolize e introduza-a na linguagem neste momento de constituição psíquica, tornando-a humana (Cirino, 2001).

Porém, diferente do discurso jurídico, a concepção de sujeito para psicanálise baseia-se na noção de sujeito do inconsciente que é definido não por coordenadas cronológicas, mas estruturais. E, como nos lembra Lacan, por nossa posição de sujeito somos sempre

responsáveis. Assim, o sentido de responsabilidade para psicanálise está pautada pela implicação do sujeito face à estrutura e da decisão do desejo inconsciente (Cirino, 2001). De forma que na prática analítica considera-se que criança e adolescentes são responsáveis e devem responder por sua demanda, por seu sofrimento e por seu sintoma. E por isso é importante dar voz e ouvir esta criança implicando-a em sua demanda e em seu cuidado.

Diante destes e de outros discursos que perpassam a concepção de infância e adolescência, o Ministério da Saúde em 2005 estabeleceu os princípios éticos e uma lógica de cuidado para nortear ações em Saúde Mental dirigidas às crianças e aos adolescentes, através do documento intitulado os “Caminhos para políticas de Saúde Mental infanto-juvenil”.

Sua premissa essencial é: “Antes e primeiro que tudo, é preciso adotar como princípio a ideia de que a criança e adolescente a cuidar é um sujeito.” (Ministério da Saúde [M.S.], 2005, p.11). Essa noção de sujeito implica que ele é responsável por sua demanda, seu sofrimento e sintoma. Ele deve então ter um espaço garantido de escuta e de voz para que possa ser acolhido em sua singularidade, respeitando sua subjetividade e condição de sofrimento. Este apresenta a intervenção de psicanalistas que participaram de sua elaboração, enfocando para uma dimensão que privilegia a singularidade do sujeito, o caso a caso e sua implicação em seu próprio sintoma.

Este documento propõe também como princípios para a assistência à crianças e adolescentes: o acolhimento universal; encaminhamento implicado; construção permanente da rede; território e intersetorialidade na ação do cuidado (M.S., 2005).

Ponderamos ser este mais um avanço em relação à própria concepção de infância e adolescência, pois considera a dimensão psíquica de um sujeito em sofrimento e que necessita de cuidado, que o implica e responsabiliza pela própria existência e sua história. Fato importante para que não se reproduza uma assistência que foca no saber por ele, no saber o que é melhor para ele, o que se faz condizente com entendimento da noção de sujeito para a psicanálise.

Isto representa uma novidade no campo político e no cotidiano dos serviços, porque apresenta uma maneira muito importante de se estruturar o cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico em que estas sejam responsabilizadas por seu sintoma, demanda e sejam ouvidas em sua singularidade. Pressupõe ainda compreender o sujeito em sua complexidade, ouvindo e responsabilizando os familiares, escola e outros envolvidos no cotidiano destes sujeitos, em sua assistência.

Em 2007, a incidência dos efeitos dos discursos psiquiátricos e pedagógicos sobre a infância e adolescência, fomentaram a realização do VII Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Podemos destacar um contexto de hiper medicalização na infância principalmente com o uso da ritalina, a inconsistência nos diagnósticos relacionados a problemas de aprendizagem e com a ampliação de políticas públicas de educação inclusiva. (M.S., 2007)

Naquela oportunidade, discutiu-se ações concretas que embasassem a construção de uma rede intersetorial de atendimento a infância e adolescência em relação a educação inclusiva. Isso gerou uma orientação para a rede de atenção a infância e a adolescência, principalmente os CAPSI, de promover a inclusão escolar de alunos com transtornos mentais e outros tipos de deficiência. Assim, os CAPSI deveriam assumir a responsabilidade no cuidado em saúde mental daqueles que apresentavam diagnóstico de transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), autismo e retardo mental.

As crianças que antes permaneciam nas escolas especiais seriam agora incluídas em escolas de ensino regular e a assistência na inclusão desses alunos deveria ser articulada pela equipe do CAPSI. Isso gerou impactos nos serviços de saúde mental, como veremos no item 2.2, o que por sua vez deu lugar a práticas de segregação destas crianças e adolescentes dentro das próprias escolas.

Neste mesmo Fórum também se apresentou a preocupação com a necessidade de criar ações voltadas para assistência de crianças e adolescentes institucionalizados em abrigos e centros de medidas socioeducativas. Além disso, indicou a temática de prevenção e tratamento do uso e abuso de álcool e outras drogas entre crianças e adolescentes para o próximo Fórum, que aconteceu em 2009. Ao nosso ver, um início tardio para discussões e proposições de ações e políticas públicas diante a grave problemática do uso de drogas entre crianças e adolescentes (M. S., 2007).

Nossa hipótese para este retardamento da inclusão do tema infância e adolescência e a questão das drogas na pauta política, deveu-se a uma conjuntura de fatores culturais, econômicos e sociais que se relacionam entre si. Destacamos três fatores relevantes, o primeiro deve-se ao fato da sociedade, assim como o fez em relação à condição de loucura da criança, negligenciar e não reconhecer que crianças e adolescentes consomem drogas. Fruto da herança de dois discursos, o religioso, em que a criança é vista como pura, inocente, e o discurso moral que sustenta uma posição maniqueísta frente às condutas das crianças e adolescentes.

O segundo fator deve-se ao fato do reconhecimento, a partir do século XIX, do uso de drogas como um problema social apenas para a população adulta, com a proibição da produção, comércio e consumos de substâncias psicoativas nos EUA. Assim, os adultos usuários de drogas foram vistos ora como criminosos ora como doentes pelo discurso vigente naquela época (Carneiro, 2005). O olhar neste momento estava voltado para os adultos, pois eram outras as preocupações do Estado com as crianças. O uso de drogas se apresentava como um perigo principalmente para crianças abandonadas em situação de rua, mas não era considerado como um problema social para essa população. Com o processo de redemocratização do país em 1980, sustentados pelos movimentos sociais e políticos, começou a ter uma nova perspectiva do cuidado em Saúde mental para os adultos usuários de drogas. Houve então criação de políticas

públicas específicas para esse público e as diretrizes para os adultos se estendiam para as crianças e adolescentes.

O terceiro ponto se refere à passagem da sociedade moderna para a contemporânea e as implicações dessa mudança no cenário do uso de drogas. As características da cultura contemporânea, que inclui a ascensão da cultura das drogas (Birman, 2012), evidenciou um aumento do uso de drogas pela sociedade, inclusive entre os jovens.

Com o aumento de crianças e adolescentes usuárias de drogas, apresentou-se uma demanda de cuidado, já que estas passaram a ser identificadas nas escolas, nos serviços de saúde e nas ruas. Isto mobilizou a ação de setores públicos e dos movimentos sociais, pressionando para elaboração de políticas públicas que respondessem e resolvessem a problemática.

No VIII Fórum de Saúde Mental Infanto-Juvenil de 2009 discutiu-se a temática do consumo de álcool e outras drogas entre crianças e adolescentes. Representou a primeira orientação específica para este público. O fórum retomou os princípios propostos pelo documento “Caminhos para uma Política de Saúde Mental infanto-juvenil” (2005) pela a via da responsabilização do sujeito em relação a sua história e suas escolhas, mesmo sendo crianças e adolescentes. Teve como premissa a necessidade de “despatologizar” o consumo de drogas, considerando-a como sintoma, posto que está relacionada a fatores psicossociais e propondo a desvinculação do uso de substâncias psicoativas à doença e à criminalidade. Entende a necessidade da inclusão social como ferramenta terapêutica permitindo que crianças e adolescentes possam reconstruir laços sociais, familiares e escolares como potenciais fatores de proteção aos riscos e situações de vulnerabilidade (M.S., 2009).

Com este fórum pretendeu-se formular caminhos para construção de uma rede intersetorial, até então inexistente ou restrito a experiências de iniciativas em algumas cidades do país, para que se ampliasse a atenção as crianças e adolescentes usuárias de álcool e drogas em todo território nacional.

De forma concreta responsabilizou os CAPS, CAPSI e CAPS AD pelo acolhimento e cuidados em saúde mental a crianças e adolescentes usuários de álcool e drogas. Assim, orientou que os CAPS deveriam trabalhar de forma articulada com outros pontos de atenção da rede, como hospitais e atenção básica, bem como com outros setores, como educação, justiça, esporte, lazer, dentre outros. Esta ação é baseada no entendimento de que o uso de álcool e outras drogas apresenta um caráter multideterminado e não se pode abordá-lo de forma reducionista e unilateral (M.S., 2009).

Apesar da iniciativa pioneira do olhar voltado para crianças e adolescentes usuários de drogas, chama a atenção o fato de que as ações desses serviços deveriam ser baseadas nas estratégias de redução de danos. No nosso entendimento, tal proposição estende a estratégia de cuidado oferecidas a adultos, mesmo que não apontando para as especificidades características do momento em que vivem crianças e adolescentes.

Nossa constatação corrobora com as considerações de pesquisadores brasileiros como Cristina Ventura Couto e Pedro Gabriel Delgado, que consideram que há uma significativa defasagem entre as políticas públicas de saúde mental infanto-juvenil e uma tendência de estender a estratégia de cuidado do adulto também para infância e adolescência, desconsiderando suas especificidades. Couto, Duarte e Delgado (2008) alertam para a urgente necessidade de desenvolver políticas públicas específicas em saúde mental direcionadas para o público infantil e juvenil para que assim possam, de fato, ter assistência devida.

Só em 2011, com a portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011, que se institui de fato, na legislação, a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Portaria 3088, 2011).

Nessa portaria constam orientações para que todo o serviço de saúde mental preste assistência a usuários de álcool e drogas, incluindo as crianças e adolescentes. Apresenta orientações para estruturação da rede de atenção psicossocial contendo os seguintes

dispositivos: Atenção Básica; Atenção especializada através dos CAPS; Atenção a Urgência e Emergência através das UPAs e SAMU; atenção de caráter transitório para adultos e crianças e adolescentes ; a atenção hospitalar com os leitos de desintoxicação; além de apresentar estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, tendo, estas últimas estratégias, o público adulto como alvo (Portaria 3088, 2011).

Esta legislação representou um desafio e grandes impasses para os serviços de Saúde Mental, tanto na assistência quanto na articulação em rede. Toda a rede de Saúde Mental teve que acolher a demanda da assistência a usuários de álcool e outras drogas, não limitando a responsabilidade do cuidado desse público ao CAPS AD. Isso também impactou e gerou resistência nos CAPSI, que tiveram que se responsabilizar pelo atendimento de uma nova clientela: crianças e adolescentes usuárias de álcool e drogas.

Sobre a transferência de usuários de álcool e outras drogas para os serviços de Saúde Mental, Passos e Lima (2013) discutem que as políticas para usuários de álcool e outras drogas não apresentam diretrizes claras para a assistência desse público, não foram realizados investimentos em capacitação profissional e estudos e nem mesmo ampliação em espaço físico das instituições já existentes. Entendemos que isto gerou problemas nos serviços que não estavam preparados para o atendimento dessa demanda, além da recusa de profissionais no atendimento desse novo público devido ao preconceito e do desconhecimento de políticas e estratégias para o cuidado.

Mesmo com todo este despreparo dos serviços, houve no país uma crescente ampliação das discussões sobre as políticas para os usuários de drogas, se tornando foco de interesse nacional. Um dos motivos amplamente difundidos foi a ideia de uma “epidemia do crack” a qual deveria ser controlada (Assis, 2015).

Como uma forma de proposição para o controle deste cenário tem-se uma vertente conservadora. Esta propõe políticas que se baseiam em posturas repressivas, de “combate às

drogas”, criminaliza os usuários de drogas ilegais, pregam a ideia de “Guerra às drogas” e propõem um modelo que visa abstinência dos usuários.

Outra vertente, em contraposição a vertente conservadora, é a Redução de danos entendida como uma política e prática em saúde, que tem o objetivo de atenuar as consequências deletérias do consumo de drogas promovendo uma ampliação da vida (Lancetti, 2014).

A estratégia de redução de danos teve início em Santos na década de 1980, pensada inicialmente para o cuidado de pessoas portadoras do vírus da HIV que faziam uso de drogas injetáveis. A sua lógica de cuidado estendeu-se para os diversos usuários de álcool e drogas, bem como para adultos e as crianças e adolescentes (Lancetti, 2014).

É uma ação que promove uma aproximação e uma possibilidade de vínculo entre o redutor de danos e o usuário de drogas, de forma que o enfoque está pautado para no sujeito e não para o produto químico. As abordagens partem da autonomia do sujeito, acolhendo-o em sua singularidade, sem julgamentos, a fim de gerar uma experiência em que estes possam pensar sobre suas vidas e também sobre a relação com a droga (Lancetti, 2014).

Em relação à estratégia de redução de danos aplicada ao público infanto-juvenil, Passos e Lima (2013) reconhecem que essa é uma possibilidade que promove condições de estabelecimento de vínculo e cuidado entre sujeitos. Porém, criticam esta lógica e argumentam que esta pode ser controversa, pois crianças e adolescentes representam um grupo de vulneráveis, imaturos e que deveriam ser protegidos dos riscos.

Na nossa compreensão, a redução de danos apresenta uma concepção de sujeito enquanto cidadão, de direitos e deveres, responsável por suas escolhas, inclusive pelo direito de consumir drogas. Parece que este discurso aplicado a adultos toxicômanos soa plausível, mas quando se trata de crianças e adolescentes o campo se torna ainda mais conflituoso.

Há uma tensão entre as concepções de infância e adolescência para a redução de danos, que parece não apresentar distinção do lugar do adulto e o lugar da criança; para a justiça que

entende crianças e adolescentes como “pessoas em desenvolvimento” que não possuem capacidade de julgar o que é conveniente e prejudicial para suas vidas e, portanto, precisam de um responsável; e para a psicanálise, em que elas são responsáveis por sua demanda e seu sofrimento, mas ainda assim necessitam de um outro que se responsabilize por elas, posto que ainda não podem se responsabilizar por seu próprio gozo devido ao seu momento de constituição psíquica. Destacamos a relevância da dimensão moral que em dado momento perpassa todas essas concepções. Estas concepções aparecem imbricadas na nossa sociedade e estará presente no movimento institucional do serviço de saúde que discutiremos adiante.

Contudo, o que foi exposto apenas à legislação não faz mudar a história. O texto normativo é uma convocação ao trabalho, um desafio para gestores, profissionais e comunidade na criação dos serviços de assistência a infância e adolescência, em seu cotidiano, na construção de uma clínica possível (Couto, 2002). Percebemos que estas políticas têm se dado de maneira forçosa, em que parece ser necessário haver uma imposição para que possa fomentar práticas de cuidado a infância e adolescência. Por sua vez, as políticas dizem de diretrizes que buscam a uniformização do coletivo e pouco dizem de uma clínica possível. Isso porque ela se dá no dia a dia dos serviços, na singularidade de cada caso e é perpassada por diferentes discursos, conforme já foi exposto.

São recentes as políticas públicas em Saúde Mental voltadas especificamente para crianças e adolescentes que valorizem sua singularidade, suas especificidades e que privilegie a sua inserção social. Essa é também uma das razões que motivou a realização desse estudo. É desafiador refletir como profissional da saúde mental e como pesquisadora em psicanálise sobre o modo como estamos construindo o cuidado em saúde mental infanto-juvenil.

No próximo tópico discutiremos como as políticas em Saúde Mental infanto-juvenil impactaram no cotidiano de um serviço, especificamente no CAPSI, referência desse estudo, gerando tensões a cada inclusão de uma clientela específica, num processo paradoxal de

inclusão pela lei e de exclusão pela resistência dos profissionais, pais, usuários do serviço e mesmo a rede. Este tópico foi construído a partir de nossas lembranças e vivências, tanto do orientador quanto da pesquisadora, no trabalho na rede de Saúde Mental.

2. 2 Impacto das políticas em saúde mental infanto-juvenil no cotidiano de um CAPSI: tensões e os desafios na assistência.

A experiência do município no atendimento psicossocial infanto-juvenil teve início na década de 1990 com o Ambulatório de Saúde Mental. Nesta época a clientela atendida era crianças e adolescentes com queixas de aprendizagem e geralmente vinham encaminhadas de escolas. O modelo assistencial baseava-se numa lógica de especialista, com um formato prioritário de atendimento individual.

Por volta do final da década de 1990, que culmina com o momento de redemocratização do país com avanço na luta pelos direitos humanos, Reforma Psiquiátrica e na atenção infanto-juvenil, acontece uma mobilização política de pais de crianças autistas e psicóticas, profissionais ligados ao atendimento a este público, professores e técnicos de uma Universidade Federal de Minas Gerais para que o município disponibilizasse assistência psicossocial a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e severos. Esta pressão política desencadeou a criação e implantação do Núcleo de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (NAPS infantil), extinguindo o ambulatório e propondo um modelo de assistência psicossocial baseado nos princípios da Reforma Psiquiátrica e na nova concepção de infância e adolescência preconizada pelos movimentos sociais.

O serviço, por sua vez, passou a atender crianças e adolescentes autistas e psicóticas, com transtornos mentais graves e severos, “as crianças loucas”, o que provocou inclusão de uma nova clientela, pois até então atendiam, em sua maioria, crianças e adolescentes que apresentavam queixas escolares, como dificuldade de aprendizagem. Isso gerou uma crise

dentro do serviço e uma série de impasses, pois profissionais do serviço se mostraram resistentes a estas mudanças e justificavam que essas crianças e adolescentes sequer existiam já que não acessavam os serviços existentes. Por sua vez, a gestão teve que se posicionar pressionando este serviço a assumir a assistência à demanda de cuidado de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e severos que ali se apresentassem. Quando se abriu a possibilidade de atendimento a esta demanda, as crianças e adolescentes autistas e com transtornos mentais graves, começaram de fato a procurar o serviço. A justificativa de que estas crianças não existiam foi assim desmistificada.

Mesmo diante dos impasses que se apresentavam, esta mobilização e a implantação do NAPS representaram um avanço no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, pois até aquele momento verificava-se uma ausência de políticas públicas específicas para esta população.

A partir da lei 10.216 de 2001 e mais especificamente da portaria 336 com a implantação dos CAPS, o NAPS infantil passou por uma reestruturação para se adequar a categoria de CAPSI (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil), atendendo crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e severos de acordo com as orientações previstas agora em lei. Passou-se então a ter que se estruturar uma rede de cuidados em Saúde Mental, como preconizada pela nova legislação. Este era o grande desafio: criar uma rede intersetorial articulada, pois não bastava ter os dispositivos de saúde, era preciso o trabalho articulado seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica, Constituição Federal e Estatuto da Criança e Adolescente e, principalmente, a construção de uma clínica possível no atendimento a estas crianças, adolescentes e suas famílias.

Como o cenário político era favorável, aconteceram investimentos tanto a nível nacional quanto municipal que promoveram a criação e ampliação de dispositivos de atenção psicossocial, principalmente para os adultos na criação e ampliação dos CAPS. Foi um

momento de estruturação da rede de cuidado através de reuniões e fóruns para elaboração de diretrizes norteadoras da assistência em Saúde Mental e para construção de um fluxo de atendimento. Acompanhando este cenário de investimentos prioritariamente para os adultos, o município, por um longo tempo, contou fundamentalmente em sua rede de atenção psicossocial seis unidades de CAPS para adultos e apenas um CAPSI. Isto para nós evidencia o foco de atenção nos adultos, sendo que as crianças e os adolescentes permanecem em segundo plano.

Com a realização do VII Fórum Nacional de Saúde Mental infanto-juvenil, em 2007, foram apresentadas as orientações para a assistência de uma nova clientela no CAPSI: as crianças com diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtornos de condutas, as consideradas “crianças más e sem limites”.

A gestão municipal e do serviço em questão, com intuito de sustentar um posicionamento condizente com a legislação, demandou ao CAPSI e à rede de atenção o acolhimento e assistência desta nova clientela. Esta inclusão institucionalmente forçada desse novo público no serviço gerou um segundo momento de crise no CAPSI, com um movimento de resistência de profissionais do serviço e da rede na atenção. Movimento que se repete, parecido com o que havia acontecido com a inclusão de crianças autistas e psicóticas.

Este movimento de resistência, a nosso ver, aconteceu porque com a inclusão destas crianças provocou uma perturbação de um tipo de ordem ou normalidade que havia no serviço anteriormente. Essa nova clientela era considerada como as “crianças más”, “desobedientes”, “sem limites”. Esta inclusão forçada implicou em práticas de desatenção no cuidado e de segregação.

Em 2009, o VIII Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil e Plano Emergencial para ampliação do Acesso ao tratamento e Prevenção em Álcool e outras drogas (PEAD), promoveu uma mobilização nacional voltada à atenção para adultos e crianças e adolescentes

usuárias de álcool e drogas. Representou a primeira ação específica para a atenção em Saúde Mental de crianças e adolescentes que consomem substâncias psicoativas.

O município, por sua vez, sofrendo pressões do Ministério Público para atendimento dessa demanda, aderiu a esta mobilização e implantou, aprimorando os serviços existentes como o CAPS AD II que passou a modalidade de CAPS AD III, com funcionamento 24 horas, o CAPSI, e a Atenção Básica para atendimento da clientela de usuários de álcool e drogas. A partir de 2010 os CAPS, especialmente CAPSI, tiveram que se responsabilizar também pelo cuidado de crianças e adolescentes usuárias de álcool e outras drogas.

No processo de estruturação da assistência a esta demanda, o município primeiramente delegou ao CAPS AD o atendimento de adultos, crianças e adolescentes usuárias de álcool e drogas. Mas o Ministério Público interveio para que crianças e adolescentes fossem atendidas junto a outras crianças e adolescentes, no CAPSI, condizentes com a ideia de que existia no município uma instituição que prestava assistência especificamente à infância e adolescência.

Por sua vez, temos novamente a inclusão institucionalmente forçada de uma nova clientela no CAPSI: a de crianças e adolescentes que fazem uso de álcool e drogas, “os pacientes ads”. Uma demanda que apresenta casos graves de uso compulsivo de substâncias psicoativas, envolvimento em situações de risco, vulnerabilidade social e um histórico de negligência com esta população que estava desassistida. A história se repete, pois com a entrada forçada dessas crianças e adolescentes, desencadeou uma crise dentro do serviço que se arrasta até os dias atuais.

Encontramos profissionais que eram resistentes ao atendimento desse público e pais de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves que não concordavam com a presença desse novo público sendo cuidado no mesmo lugar de seus filhos. Alguns apresentavam sentimentos de medo e preconceito e associavam o usuário de drogas a criminosos e a pessoas perigosas. Tanto os profissionais quanto os pais manifestavam justificativas de que o manejo

e o cuidado com estes jovens seria difícil e deveria ter um lugar específico para este público, “que não fosse o CAPSI” e que teria que ser longe de seus filhos.

Essas ideias nos fazem rememorar um longo período da nossa história em que a sociedade acreditava que deveria “se proteger” dos “menores”, das crianças e adolescentes (pobres e marginalizadas) e dos usuários de drogas, porque os consideravam “perigosos.”. As práticas de cuidado eram baseadas na repressão, mantendo-os enclausurados e excluindo-os do convívio social (Fiore, 2005).

Outro impasse vivenciado na assistência das crianças e adolescentes usuários de álcool e drogas foi que, principalmente os adolescentes, não queriam estar no CAPSI, pois diziam que “não queriam ficar num lugar de doido”, de tal modo que estávamos diante de um duplo movimento de segregação. Assim como acontece na própria sociedade, temos presente o movimento de exclusão entre “doidos” e “drogados”, num espaço onde deveria ser de cuidado, convivência, tolerância e de respeito às diferenças. Como manejou-se essa situação?

Com a entrada desse público na instituição, algumas crianças e adolescentes com outros transtornos mentais não mais retornaram e também profissionais optaram por deixar o serviço porque não concordavam com a permanência e cuidados da demanda de usuários de álcool e drogas dentro na instituição. Isso tudo ocorreu mesmo que houvessem tentativas pela parte da gestão em assembleias com usuários do serviço e familiares, reuniões com equipe e outros setores da rede, com a finalidade de conscientização para a necessidade da garantia de direitos ao acesso a saúde a todas às crianças e adolescentes que estão em sofrimento psíquico.

Conjecturamos que vários fatores desencadearam esta situação, tais como: a recente implantação de políticas públicas para crianças e adolescentes usuários de drogas; sua recente inserção dos cuidados nos serviços da rede de atenção psicossocial; o pouco conhecimento nesta área, a falta de capacitação dos profissionais e da rede de atenção psicossocial; e o próprio

movimento de preconceito e exclusão com a infância e adolescência e usuários de álcool e outras drogas.

Oliveira e Dias (2010) relatam desafios e conflitos semelhantes aos mencionados acima, vivenciados na rede de atenção do município de Santa Maria (RS). Com o aumento da demanda de tratamento para crianças e adolescentes usuários de álcool e drogas a partir de 2008, a rede teve que se responsabilizar pelo cuidado, em especial a instituição CAPSI. Constataram que a equipe do CAPSI de Santa Maria também apresentava receio em atender crianças e adolescentes usuáries de drogas no mesmo espaço que crianças e adolescentes com transtornos graves de desenvolvimento. Ainda receavam não conseguir conduzir o tratamento dos pacientes e demandava uma hiperespecialização. Além disso, grande parte dos profissionais não considerava esse público como uma demanda para o serviço.

No entanto, a história está nos mostrando algo mais. Deixa-nos antever o surgimento de momentos de crise no serviço sendo precipitados pela entrada de públicos diferentes no CAPSI em tempos diferentes: primeiro os autistas e psicóticos, “as crianças loucas”; em um segundo momento as crianças com transtornos de déficit de atenção e hiperatividade e com transtornos de conduta, “as crianças más e sem limites”; e, posteriormente, os usuários de álcool e drogas, “os pacientes ads”. A inclusão dessas clientela se deu sempre por pressão política municipal e a nível nacional com promulgação das leis relativas à atenção a Saúde Mental infanto-juvenil.

Entre as movimentações políticas discutidas na legislação e na instituição acontecem movimentos semelhantes. Para a inserção de grupos específicos de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico precipitam momentos de tensão e de crise. Percebe-se que é preciso haver uma militância para provocar movimento de inclusão de atenção a crianças e adolescentes tanto na história, quanto na legislação e na história institucional.

Percebemos ainda um paradoxo: mesmo que as crianças e adolescentes estejam incluídas nas políticas públicas e dentro dos serviços, isso não é garantia de que se efetive um

cuidado implicado a elas. Por vezes, evidenciamos práticas de segregação e de desatenção às crianças e adolescentes dentro de serviços que deveriam acolher suas necessidades.

No próximo tópico abordaremos sobre a atual conjuntura do serviço referência desse estudo e apresentaremos alguns dados que formam um perfil da clientela de crianças e adolescentes usuárias de drogas no serviço.

2.3 O CAPSI na conjuntura atual

Ao longo dos últimos anos constatamos um aumento da demanda de atendimento a crianças e adolescentes usuárias de álcool e drogas. Isso porque há um crescente número de crianças e adolescentes que consomem cada vez mais substâncias psicoativas e se envolvem em situações de extremo risco e de vulnerabilidade social. Acreditamos também que a própria criação e estruturação da rede de atenção psicossocial permitiu que mais jovens tivessem acesso a rede de cuidados e assim fossem “vistos”.

Para atender essa demanda, a estruturação da rede de atenção psicossocial infanto-juvenil no município se deu da seguinte maneira: a implementação de uma casa de acolhimento infanto-juvenil, já prevista na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS, 2011), e adesão do município no Plano Crack é Possível Vencer (2013); parcerias com CAPS AD III e CAPS III para hospitalidade noturna de casos graves; reuniões e fóruns entre equipe do Hospital de Clínicas referência do município, Atenção Básica e Consultório na Rua. Foram realizadas parcerias com outras secretarias municipais como: secretaria de desenvolvimento social, secretaria da educação, dentre outras, com intuito de realizar um trabalho intersetorial diante da complexidade que envolve as ações de cuidado na infância e na adolescência.

Concomitante a estas ações ocorreram capacitações com as equipes e com o próprio convívio e manejo diário com as crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas no serviço e na rede, o aprendizado tem sido construído, muito embora haja uma crise no serviço,

além da grande dificuldade de articulação de ações intersetoriais e resistência no cuidado desse público.

Neste momento (referência a fevereiro de 2017) o CAPSI tem 235 usuários do SUS inseridos no serviço, entre crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e severos e aqueles que fazem uso de álcool e outras drogas. É referência de um município do estado de Minas Gerais. Compõe a equipe técnica da instituição: psicólogos, assistentes sociais, enfermeira, técnicos de enfermagem, médico clínico geral e psiquiatra, farmacêutica, redutores de danos, auxiliares administrativos e auxiliares de serviços gerais, além de acompanhantes terapêuticos, sendo estes últimos estagiários de Psicologia de uma Universidade do município. Com horário de funcionamento das 7h às 18h, realiza atividades de terapias e oficinas grupais, atendimentos individuais e conjuntos, visitas domiciliares, consultas médicas, dispensação de medicamentos, reuniões de equipe, reuniões e fóruns intersetoriais, supervisões clínico-institucionais e capacitações para equipe.

Segundo dados fornecidos pela instituição, a clientela de crianças e adolescentes usuárias de álcool e drogas, os chamados “pacientes ads”, representam um número considerável, pois corresponde a 23% do total de usuários do serviço.

Dentre esta clientela, 63% são do sexo masculino e 37% do sexo feminino. A média de idade é de 16 anos. 89% dessas crianças e adolescentes vieram encaminhados de outros serviços para atendimento no CAPSI e 11% compareceram por demanda espontânea.

Em relação ao uso de substâncias psicoativas o levantamento mostrou que 70,37% dos adolescentes fazem uso de múltiplas drogas; 24,07% consomem exclusivamente maconha; 3,7% de álcool e 1,85% de medicação.

Um dado muito importante para esta pesquisa é que 77,77% dessas crianças e adolescentes possuem outros transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas, sendo que 52,38% desses pacientes tem indicativo de hipóteses diagnóstica que

variam entre F20 e F29. Esta classificação é referenciada pela CID10 como “Este agrupamento reúne a esquizofrenia, a categoria mais importante deste grupo de transtornos, o transtorno esquizotípico e os transtornos delirantes persistentes e um grupo maior de transtornos psicóticos agudos e transitórios.” (CID10, Organização Mundial da Saúde [OMS], 2008).

Outra predominância que se destacou compreende a hipótese diagnóstica F90 (Transtorno hiperativo) e F91 (Distúrbios de conduta), presentes em 40,47% dos casos de pacientes que fazem uso de substâncias psicoativas e possuem outros transtornos mentais. Estes últimos compreendem a categoria dos Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância.

Em 26,19% dos casos a predominância da hipótese diagnóstica é dos Transtornos de humor, sendo predomínio de F31 (Transtorno afetivo bipolar) e F32 (Episódios depressivos).

Vale destacar que como se trata de hipótese diagnóstica, um mesmo paciente pode ter mais de um diagnóstico, o que evidencia um caráter não determinístico, mas de possibilidade diante crianças e adolescentes, sujeitos em constituição.

Este ponto nos chamou a atenção, pois o levantamento indicou algo que o cotidiano está evidenciando: as crianças e adolescentes apresentam, em sua maioria, outros transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Destacamos o predomínio da hipótese diagnóstica que corresponde aos transtornos psicóticos indicando uma possível estruturação psicótica do sujeito.

As informações destacadas nos mostram de forma quantificada o que se apresenta no cotidiano do serviço sobre a clientela “ad”. Porém, não é nossa intenção generalizar características, mas de provocar reflexão sobre o complexo campo da Saúde Mental. Ainda temos muito a aprender sobre toxicomania, infância e adolescência e psicose, mas sobretudo, sobre uma clínica que se faz a partir do sujeito, de sua condição de sofrimento.

No próximo tópico abordaremos o contexto específico da nossa pesquisa, bem como as tensões vivenciadas diante uma crise institucional.

2.4 “CAPSI fechado”

O contexto dessa pesquisa começa a ser delineado muito antes do meu envolvimento na função de pesquisadora. Vivenciei um drama institucional na minha passagem pelo CAPSI na função de coordenadora em 2013. O atendimento de crianças e adolescentes usuárias de drogas era constantemente colocado em foco na discussão entre os profissionais, pais de pacientes, Ministério Público e Conselho Tutelar, que questionavam se elas deveriam ser atendidas no CAPSI. O olhar para aqueles meninos não era para sua condição de sujeito em sua singularidade, nem mesmo para seu sofrimento. O foco era para a droga que faziam uso e a ideia de que eles representavam perigo e por isso deveriam ser combatidos e excluídos. Essas ideias, como vimos anteriormente, apresentam em seu cerne concepções históricas de uma infância marginalizada e pobre; e no ideário amplamente difundido de que a droga representa um grande mal para sociedade, sustentação ideológica da vertente conservadora de “Guerra às drogas” e, consequentemente, a quem faz uso delas.

Estávamos diante de uma tensão de inclusão forçada de uma clientela e o movimento de exclusão dela, dentro do próprio serviço e consequentemente da rede de atenção psicossocial.

Foi um momento conflituoso na compreensão de uma lógica de cuidado preconizada pelas políticas de Saúde Mental e consequentemente na construção de uma rede de cuidados intersetorial. Este cenário ainda culminou com uma crise política a nível municipal que provocou demissões, falta de investimentos em estrutura física e pessoal. Isso resultou também na minha saída da rede de atenção em Saúde Mental em 2013. Foi, portanto, na condição de

trabalhadora em Saúde Mental que vivenciei muitos desses impasses e tendo sido este contexto que me motivou na realização deste estudo.

Dessa forma, retorno ao serviço como pesquisadora em junho de 2016, após passar por um momento angustiante de aprovação do projeto de pesquisa tanto pelo Comitê de Ética quanto pela Coordenação de Saúde Mental. Essa última, em uma postura persecutória, condicionou a realização dessa pesquisa o critério de que poderiam suspender nossas atividades na instituição se julgassem que esta pesquisa causasse algum tipo de problema para a unidade. Estávamos sob vigilância, submetidos a uma ordem de poder que impactou no nosso acompanhamento dos casos e no próprio processo de construção da pesquisa.

Iniciamos o trabalho de campo em um momento de crise institucional.

Já há algum tempo o CAPSI e toda rede de saúde do município vivenciavam uma crise política e econômica de dimensão municipal e que posteriormente agravou-se com a crise que o país vem passando desde 2015. Apresentavam uma alta rotatividade de profissionais devido a problemas trabalhistas, atraso nos pagamentos, equipe reduzida, falta de capacitação, falta de recursos materiais e estruturais para manutenção do serviço, enfim, a falta de condições básicas para trabalhar. Uma questão muito delicada, ainda mais para profissionais que lidam com pessoas, crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave, que exigem tanto da própria capacidade psíquica dos mesmos e de um vínculo sustentável para o cuidado.

Os problemas estruturais causaram um agravamento na articulação da equipe em relação à clínica e ao próprio cuidado com os pacientes. A instituição, que já estava passando por uma intervenção clínico-institucional, vivenciou um episódio de depredação do prédio por dois adolescentes que apresentavam envolvimento com uso de álcool e drogas, atendidos na unidade. Neste momento, a gestão e equipe decidiram por “fechar o CAPSI”, suspendendo as rotinas da instituição e passando a funcionar como um ambulatório pelo período de um mês. A intenção, relatada pela coordenação, era de que neste período a equipe pudesse se capacitar e

repensar o serviço. Uma medida extrema que impactou a todos os usuários do serviço, suas famílias e a rede de atenção.

No nosso entendimento foi um posicionamento rígido e punitivo, uma prática de exclusão que afasta do convívio da unidade aqueles que perturbavam uma ordem determinada. As questões que fizeram o “serviço fechar” devem ser pensadas constantemente no cotidiano institucional, talvez não exigindo necessariamente uma ação radical, mas contando com a participação de todos como gestão, equipe, usuários do serviço, pais e a rede para construir coletivamente um espaço de cuidado e de responsabilização.

Foi neste complexo contexto político-institucional que cheguei ao serviço e ali já se anunciava, mais uma vez, um campo de tensão na realização da pesquisa. Primeiramente, a coordenadora e a equipe contaram sobre o que estavam vivenciando e depois realizamos a apresentação da proposta da pesquisa, discutindo sobre os possíveis casos de crianças e adolescentes usuárias de álcool e drogas, que até então eram foco neste estudo. Foi feito um levantamento prévio dos usuários do serviço, crianças e adolescentes que apresentavam uso compulsivo de álcool e outras drogas e que este uso caracterizava a sintomática da toxicomania.

A partir dessa discussão, a seleção dos participantes contou com a indicação da equipe e com o critério de ser criança e/ou adolescente, na faixa etária de 9 a 18 anos, que o uso compulsivo de álcool e drogas provocou uma dependência grave, segundo os critérios utilizados pelo próprio serviço. A equipe, neste primeiro momento, elencou os casos dos “pacientes ads”. À medida que contavam a história de cada caso, algumas características pareciam se repetir e que me intrigavam no momento da minha passagem anterior pelo CAPSI. Tais características eram: a maioria dos adolescentes do sexo masculino, envolvidos em situação de extremo risco, apresentava outro transtorno mental associado ao uso de substâncias psicoativas e a equipe tem conseguido poucos avanços no cuidado desses usuários, considerando-os de “difícil manejo”. Essas características e repetições chamaram a nossa atenção: “Por que a equipe elegeu esses

adolescentes?”, “Quem eram eles?” e “O que o cotidiano do serviço estava evidenciando sobre aquelas crianças e adolescentes?”.

Ficou combinado também, a pedido da gestão, que o acompanhamento do participante da pesquisa se daria sempre com a presença de um técnico da instituição, o qual concordamos, pois era de nosso interesse realizar a pesquisa e, portanto, estávamos submetidos às regras institucionais.

Após esse levantamento, selecionou-se inicialmente um adolescente de treze anos que fazia uso de crack, maconha e cigarro desde os 8 anos e constantemente se envolvia em situações de risco, praticava furtos e apresentava uma relação simbiótica com a mãe, que também era usuária de drogas. Ele já estava em acompanhamento no serviço e na rede de atenção psicossocial havia 2 anos. É acompanhado pelo Ministério Público, Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e Atenção básica, mas há dificuldade na articulação desse cuidado. Foi feita uma discussão em equipe e com terapeuta de referência, pois conforme critério de tratamento da própria instituição, cada usuário do serviço tem um técnico específico responsável pelo acompanhamento e cuidado de cada caso.

Quando iríamos começar o acompanhamento do caso, o adolescente vivenciou uma crise intensa de fragilidade psíquica, física e social que culminou com uma internação involuntária no Hospital de Clínicas de referência. A equipe, por sua vez, entendeu que ter alguém como pesquisadora, um estranho, neste momento, poderia prejudicar o acompanhamento dele. Assim, respeitamos o posicionamento da equipe, afinal, assim como o adolescente, estávamos sob vigilância e passamos a acompanhar outro paciente.

Realizamos a discussão do caso de outro adolescente de 13 anos com a terapeuta de referência e a equipe. Foi agendado atendimento pela técnica de referência para o adolescente e sua mãe. Nesta oportunidade foi esclarecido sobre a proposta da pesquisa, consultado quanto ao interesse em participar e ambos se apresentaram receptivos e colaboraram em participar

deste estudo. Foi feita leitura, prestadas algumas explicações e assinado os Termos de Assentimento para o Menor (Apêndice B) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela mãe (Apêndice C). Foi também obtido o termo de consentimento do profissional com a técnica de referência e, posteriormente, a redutora de danos que passou a acompanhar o caso (Apêndice D). Assim, em julho de 2016, iniciamos o acompanhamento de M. que durou até março de 2017.

Num primeiro momento o acompanhamento se deu através de atendimentos agendados pela técnica de referência, haja vista o momento que a instituição passava por funcionamento tipicamente ambulatorial. Mas ao longo do tempo, e com retorno das atividades no serviço, outras possibilidades de estar com M. foram possíveis, como em atividades grupais, visitas e atendimentos domiciliares.

Por mais ou menos 40 dias o serviço funcionou como ambulatório, atendendo as demandas espontâneas e agendamento de atendimento, sem haver oficinas e terapias de grupo. Neste período a equipe discutiu problemas e dificuldades em relação à assistência aos usuários do serviço, e realizou alguns levantamentos importantes no serviço sobre o número de usuários, sua distribuição no território de referência, hipótese diagnóstica, situação entre presente e faltoso, traçando um perfil da clientela atendida sobre os quais apresentaremos alguns dados no capítulo quatro.

Transcorrido o tempo, a unidade retomou o trabalho com o funcionamento de CAPSI, com atividades grupais, atendimentos individuais, oficinas, visitas domiciliares, consultas, entre outras, mantendo as ações de capacitação da equipe, revendo o projeto institucional, propostas de trabalho e ações de articulação intersetoriais. Os usuários foram voltando aos poucos à unidade, bem como as demandas de outros setores da rede de atenção.

Esse movimento histórico, político e institucional e os jogos de poder, formam um campo complexo e foi importante ele ser aqui traçado para pensarmos na dimensão do sujeito

em sua singularidade e como ele é afetado por essas movimentações. No próximo capítulo nos serviremos de aportes teóricos da teoria psicanalítica sobre as toxicomanias na infância e adolescência para que posteriormente nos debruçemos sobre o caso M. com toda a riqueza que nos proporcionou ao longo dessa pesquisa quanto aos desafios na construção de uma clínica possível.

3. Clínica das Toxicomanias na Infância e Adolescência.

Neste capítulo discutiremos sobre os aportes teóricos psicanalíticos que nos orientaram na condução e análise do caso M.. Assim como são recentes as políticas para crianças e adolescentes usuários de álcool e drogas, são também recentes os estudos que abordam sobre o cuidado e uma clínica das toxicomanias que privilegiem a especificidade da infância e da adolescência.

Como discutimos anteriormente no capítulo dois, há um aumento na demanda de cuidados e o reconhecimento da necessidade de estruturar ações voltadas para crianças e adolescentes toxicômanas e usuárias de drogas. Existem várias pesquisas que tem evidenciado um alto consumo de substâncias psicoativas entre os jovens.

Estudos mais recentes, como o II Levantamento Nacional sobre padrões de consumo de álcool e outras drogas da população brasileira – LENAD de 2012, indicam que da amostra de adolescentes de quatorze a dezessete anos, 26% declararam ter consumido álcool nos últimos doze meses. O início do consumo dessa substância encontra-se na idade média de 13,9 anos.

Na amostra investigada de adolescentes de quatorze a dezessete anos não abstinente, 72% apresentam consumo regular de bebida alcoólica. A maconha apresentou-se como a substância ilícita com maior prevalência de uso na população brasileira, sendo que 3,4% dos adolescentes (478 mil adolescentes) em todo país declararam ter consumido esta substância nos últimos doze meses. Em relação à cocaína e derivados, 2,3% dos adolescentes declararam ter utilizado pelo menos uma vez na vida e 1,6% deles declararam ter utilizado nos últimos 12 meses, representando cerca de 225 mil adolescentes em todo país (Laranjeira R; Madruga, C.S; Pinsky, I.; Caetano, R.; Ribeiro, M.& Mitsuhiro, S.,2013).

Esses dados nos mostram uma grande quantidade de casos de adolescentes usuários de álcool e outras drogas. Vale ressaltar que há crianças e adolescentes que apresentam um uso esporádico e recreativo de álcool e outras drogas e que devem ser foco de um trabalho de prevenção e promoção de saúde. Porém, algo importante que os números não evidenciam, é a gravidade que vem se apresentando os quadros de consumo abusivo de drogas já na infância e adolescência. Esse vem sendo grande motivo de preocupação e alerta para a sociedade, que tem responsabilidade no cuidado de crianças e adolescentes e para os serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas.

Pedro Gabriel Delgado (Machado, 2010), coordenador da Saúde Mental em 2010, em entrevista à Revista Radis, analisa que o consumo de crack está associado ao uso de álcool e acontece principalmente por jovens do sexo masculino, pobres, que vivem em condição de rua, com escassez de alimento e condições insalubres, de vulnerabilidade social, de privação de direitos e ausência de suporte social efetivo. Estes praticam atos delituosos para conseguir a droga e apresentam histórico de violência sexual e policial. Aponta ainda que o uso de drogas pela população de rua é 12 vezes maior do que no restante da população. Na América Latina a condição dos usuários, crianças e jovens, é grave por considerarmos a vulnerabilidade social extrema que vivem marginalizados.

Mas o que isso diz do nosso tempo? Recorremos a Birman para compreender o que há na contemporaneidade que faz precipitar o uso “caótico” de drogas em sujeitos cada vez mais jovens.

3.1 Toxicomania como paradigma contemporâneo

Birman (2012) discute que ocorreu uma complexa transformação da modernidade para a contemporaneidade com a globalização e o capitalismo. Para esse autor, houve uma perda do potencial simbólico na subjetividade contemporânea. Os signos que orientavam a sociedade na modernidade foram deslocados ou mesmo extinguidos. Assim, o sujeito contemporâneo é desamparado e sem referências para conduzir a sua vida, dessa forma volta-se para o efêmero, o fugaz e a busca pelo excesso de sensorialidades, na tentativa de tamponar uma falta que é inerente a sua própria condição.

A cultura das drogas passou a ser uma resposta ao mal-estar vivenciado na contemporaneidade em que o indivíduo visa hedonismo, o prazer individual como bem supremo. O imediatismo, a baixa tolerância à frustração e a compulsão se estabelecem numa lógica de imperativo do gozo com o sujeito buscando a satisfação, o prazer sem limite e o ideal de felicidade plena, prometido pelo capitalismo (Birman, 2009, 2012).

Hoje o mundo consome mais drogas do que antes. Vive-se numa cultura das drogas em que a toxicomania é uma das formas dominantes do mal-estar contemporâneo e que se inscreve em diferentes faixas etárias e classes sociais. A cultura das drogas inclui também as drogas lícitas como tabaco, bebida alcoólica, antidepressivos, estimulantes etc., pois se inscrevem no cotidiano da contemporaneidade. As drogas têm a função de aplacar a angústia e o sofrimento, capacitando o indivíduo para a performance e o espetáculo (Birman, 2012).

Oliveira (2010) contribui em seus estudos dizendo que:

O discurso capitalista não visa à regulação do gozo pela linguagem, mas visa à própria promoção do gozo, tornando abundante a oferta de gozo fácil, rápido e disponível ao consumo e transformando o gozo num imperativo categórico e supernegócio: “Você tem que gozar, a todo tempo e a qualquer custo”. Nessa perspectiva, promove-se uma nova economia libidinal na qual se coloca os *gadgets* no lugar do objeto causa do desejo, na tentativa ilusória de tamponar a falta do sujeito. Portanto, o consumo elevado de substâncias tóxicas pode ser associado ao fato delas proporcionarem a obtenção rápida e fácil de prazer, além do afastamento das dores físicas e psicológicas. (p.253)

Porém, angústia e dor não deixam de existir. Os sintomas vêm à tona como denúncia da fragilidade do laço social como: a hiperatividade, depressão, falta de limites e agitação, as compulsões, toxicomania e violência. Vorcaro (2004) diz que depois do capitalismo todo o sintoma é social porque está inscrito dentro de um discurso dominante. O sintoma social está situado dentro do campo do universal, do mal-estar existente por vivermos em civilização e por sermos atravessados pela linguagem; e também do campo singular, do sintoma subjetivo e dos modos de gozo possível.

Nesta perspectiva, o sintoma social é aquele que não faz laço social, pois reduz a uma dualidade do sujeito com objeto como, por exemplo, a droga. O toxicômano está preso ao discurso capitalista dominante que, de certa forma, engendra toda a sociedade em que os sujeitos não querem renunciar o objeto em prol da civilização. Prefere o objeto em detrimento a busca do Outro que seria capaz de promover o laço social (Canabarro, 2011).

Dessa forma a toxicomania se apresenta como um sintoma social e pode ser tratada como paradigma das chamadas novas formas de sintoma. Dentro da lógica do discurso dominante do capitalismo, evidencia um modo de gozar que tenta prescindir do Outro evocando um lado autístico do sintoma.

No próximo tópico vamos aprofundar nossas reflexões sobre as toxicomanias, a relação com a neurose e psicose e abordar as especificidades na infância e adolescência.

3.2 As toxicomanias

O termo “toxicomania” tem suas origens na psiquiatria no século XIX. Foi entendida por esta ciência como uma categoria clínica específica, aplicada à problemática dos distúrbios de atos impulsivos e maníacos no qual o indivíduo apresenta “necessidade imperiosa de se intoxicar” (Santiago, 2001, p.69).

Sob a ótica psicanalítica, a toxicomania é um efeito de discurso. Esse efeito existe porque o discurso da ciência aboliu a dimensão de gozo ao estabelecer uma relação direta e literal entre droga e toxicômanos, em que estes ficam “reduzidos a representações genéricas sobre a realidade de seus objetos ou sobre os modos variados de sua utilização” (Santiago, 2001, p.61).

Para a psicanálise “não há droga na natureza, tal como a ciência faz crer. Isso quer dizer que não há noção de droga que não seja relativa ao contexto discursivo o qual ela se anuncia” (Santiago, 2001, p.20). Assim, no campo analítico é o sujeito que faz a droga e não o contrário, como pretende evidenciar a psiquiatria. Portanto, o que se coloca em questão não é a existência de um elemento tóxico, mas a relação que o sujeito estabelece com a droga.

Dessa maneira, para a psicanálise cada sujeito possui uma relação singular com a droga e seu objetivo é desvendar as razões pela qual a droga passa ocupar lugar na economia psíquica do sujeito. É um posicionamento que introduz uma noção de sujeito do inconsciente na relação com o gozo e o mais-de-gozar (Santiago, 2001).

Sobre este ponto de vista é importante diferenciar que nem todas as pessoas que usam drogas são toxicômanos, pois depende da relação que o sujeito estabelece com a droga, a função

e o lugar que o objeto droga ocupa na economia psíquica do sujeito. Conhecer essa relação, através da escuta psicanalítica, auxilia no manejo para o tratamento e elaboração de projeto terapêutico para toxicômanos e usuários de álcool e outras drogas. Neste estudo considera-se que a psicanálise pode oferecer um olhar/escuta para o sujeito, para além da droga.

Não há um consenso na psicanálise sobre a clínica com os toxicômanos, o que evidencia sua complexidade. Neste estudo tentaremos tecer algumas reflexões através das contribuições de Freud, Lacan e seus contemporâneos, que nos norteia no processo de elaboração dessa pesquisa sobre as toxicomanias. Embora Freud e Lacan não tenham se dedicado a estudos exclusivos sobre essa temática, trouxeram importantes contribuições.

Freud (1980c [1930]), no texto o “Mal-Estar na Civilização”, conta-nos sobre o deslocamento do homem da natureza para a cultura. O sujeito na modernidade é histórico e apresenta uma condição pulsional de base articulada pela pulsão de vida e de morte. Assim, a subjetividade é delineada pela relação das pulsões com os dispositivos sociais e pela relação com a civilização. É isto que faz constituir o sujeito, mas também traz um estado de mal-estar inerente à condição humana. Por vivermos em civilização, somos seres cujo sofrimento se fundamenta no mesmo ato de existirmos coletivamente.

Nesta obra, Freud discute que a vida apresenta-se como árdua, causando muito sofrimento e preocupações. Para suportá-la dispomos de medidas paliativas. São elas: derivativos, satisfações substitutivas e substâncias tóxicas. Para evitar o sofrimento e suportar o mal-estar causado por viver em civilização o uso de substâncias seria o mais eficaz das medidas capaz de alterar as reações químicas no nosso corpo, gerando prazer. Assim, o uso de substâncias tóxicas seria um recurso do homem não apenas objetivando o prazer, mas seria considerado um “amortecedor de preocupações”, pois promove um afastamento da realidade e aproximação com o mundo psíquico. Para Freud, esta propriedade torna-se perigosa (Freud, 1980c[1930]).

Ainda para Freud (1930), os denominados “veículos intoxicantes”, que funcionariam como “amortecedores de preocupações”, produzem uma forma imediata de prazer, além de produzirem uma sensação de independência do mundo externo, capaz de promover maior sensibilidade, menor pressão diante da realidade, prazer e amparo contra a aflição. A “intoxicação crônica” seria como uma desesperada tentativa de encontrar consolo no prazer que advém do tóxico, causando o aniquilamento das pulsões. Freud ressalta que as propriedades intoxicantes determinam o perigo e os danos causados para cada sujeito. A relação estabelecida com uso desses “veículos intoxicantes” faz com que alguns sujeitos tornem-se toxicômanos e outros não. Mesmo em 1930, Freud já considerava que nem todas as pessoas que faziam uso de álcool e drogas se tornavam dependentes e o que importava era a relação que o sujeito estabelecia com o objeto droga, “tóxico”.

Nesse efeito de aliviar o mal-estar e evitar o sofrimento não há somente o estatuto da satisfação e o princípio do prazer, há também um encontro com a pulsão de morte e sua parte nociva de teor mortífero e destrutivo, como já nos lembrava Freud em “Para Além do princípio do prazer”.

Freud (1915) nos apresenta os conceitos de pulsão de morte e compulsão a repetição, considerados importantes para compreensão da dinâmica sintomática das toxicomanias. Ele afirma que as pulsões buscam satisfações, no entanto, como elas nunca são completas ou alcançadas, a tensão persiste e o psiquismo é pressionado constantemente a buscar sua realização. A compulsão à repetição é uma busca incessante da “Coisa”, do objeto perdido ou do objeto primordial. Porém, é uma busca fracassada e o indivíduo encontra objetos de satisfação parcial. Isso que se repete não coincide com objeto perdido, sempre suposto, mas que não existe. A compulsão à repetição seria uma característica intrínseca ao movimento das pulsões, inerente a estrutura do sujeito.

As pulsões, por sua vez, se mostram entrelaçadas e a pulsão de morte tende à conservação de estado anterior e a pulsão de vida busca perpetuar a vida, sendo que pelo princípio do prazer busca-se evitar a tensão e o desprazer (Freud, 1915).

Através da pulsão de morte há uma tentativa do organismo de retornar a um estado anterior de vida, inorgânica. Esta busca, o “Princípio de Nirvana”, é a tendência do aparelho psíquico de tornar os níveis de excitação quase nulos. Esta tendência do organismo independe do princípio do prazer (Freud, 1915).

Com estas considerações é possível compreender e relacionar a atuação da pulsão de vida e de morte em, por exemplo, caso de usuários de drogas que em um momento anterior ao consumo de substâncias psicoativas apresentam extrema agitação, fissura e, ao fazerem o uso compulsivo, o fazem até atingir um estado de torpor absoluto, tornando-se incapazes de pensar e agindo de forma compulsiva numa tentativa de reduzir ao máximo a tensão. É a busca de um princípio de Nirvana em que o usuário só cessa o uso ao atingir um estado próximo à morte ou mesmo a morte, como nos casos de overdose (Miranda & Favaret, 2011).

De acordo com Santiago (2001), a contribuição de Lacan para a clínica das toxicomanias aborda as formas de gozo do sujeito e a relação do advento do ato toxicomaniaco com o discurso da ciência. Lacan situa a posição subjetiva do toxicômano como um efeito do discurso da ciência. Porque a droga seria equivalente aos *gadgets* criados pela ciência, como essas coisas inventadas com objetivo de extrair valor de gozo e de satisfazer de forma ilusória a pulsão. Assim, a droga serviria como um recurso que o sujeito utiliza para tolerar os efeitos angustiantes do gozo no corpo.

Lacan, no final de seus estudos, analisa a toxicomania como uma tentativa que o sujeito faz de rompimento do corpo com o gozo fálico que se apresenta através da angústia gerada pela castração. Esta seria uma tentativa de romper ou mesmo impedir a castração. Como foi elucidado por Oliveira (2010),

O essencial dessa última definição lacaniana a respeito da toxicomania, portanto, é a tese de que o casamento com a droga viria substituir o casamento com o atributo fálico, criando uma nova forma de gozo que rompe com o gozo tradicional, sexual ou fálico, subordinando-o a um gozo. Outro, fora do simbólico, pois, é da ordem do real e não gira em torno do falo. Conforme esse pressuposto lacaniano, a questão que se coloca para o sujeito, diante do insuportável de sua divisão, é se ele manterá o casamento com seu falo, mesmo sob a pena da subtração de seu gozo, ou, se transporá a marca da divisão através de um movimento de ruptura com o inconsciente, provocando a desvinculação da articulação do sujeito com o Outro. (p.246)

Dessa forma, o recurso às drogas representaria uma possibilidade de ruptura com o gozo fálico sem que houvesse necessariamente a forclusão do significante do Nome-do-Pai, como acontece na psicose. Assim, a noção de toxicomania pode ser pensada tanto na neurose como na psicose, pois está relacionado a posição do sujeito com o Outro e com sua forma de gozar (Lisita, 2011).

Porém, como propõe Lisita (2010, 2011), o uso de drogas na psicose não pode ser pensado e tratado da mesma maneira que na neurose. Isto porque na psicose a ruptura com o gozo fálico é uma condição estrutural, decorrente da ausência da inscrição do Nome-do-Pai.

Miller (1992) citado em Lisita (2011) discute que na neurose o recurso às drogas permite o sujeito experimentar um modo de gozo que rechaça o Outro, chamado de gozo cínico. É uma tentativa de prescindir do Outro na dimensão de autoerotismo. Uma forma de gozo que se produz no corpo, um gozo sem o outro. Através da droga, o toxicômano promoveria um atalho que não passaria pelo desejo do Outro para chegar ao gozo.

Le Poulichet (1999) citado em Conte (2001) e Torossian (2001) traz importantes contribuições na reflexão sobre a relação que o sujeito estabelece com a droga e a função que esta ocupa em sua economia libidinal.

Le Poulichet (1999) citado em Torossian (2001), formula a operação de “farmakon” para entender a formação psíquica nas toxicomanias e propõe uma diferenciação entre o usuário de drogas e toxicômano. Ao retomar a ideia de “farmakon” como remédio e veneno nas toxicomanias, estas apresentariam as propriedades de um remédio para um sofrimento insuportável, uma automedicação contra a angústia. O princípio do “farmakon” também está presente nos casos de usuários de drogas, mas a operação de “farmakon” é própria das toxicomanias. Os usuários de drogas seriam aqueles que estabelecem um uso de qualquer droga de forma eventual e recreativa. Já o toxicômano estabeleceria uma relação intensa e de exclusividade com a droga em detrimento de outros projetos de vida. O usuário de drogas consegue ter facilmente inserções sócio-afetivas combinadas ao uso recreativo e eventual de drogas, diferente do toxicômano.

Le Poulichet (1999) citado em Conte (2001) apresenta a existência de dois modos distintos de conceber as toxicomanias na neurose abordando suas posições subjetivas: a lógica da suplência, referindo-se às toxicomanias mais graves e a lógica do suplemento, associada às menos graves.

Conte (2001), referindo-se a essas duas lógicas, nos diz:

Servem como um mapeamento mínimo que auxilia a situar a relação que o toxicômano estabelece com a falta, com sua história e memória, com o grande outro, a partir da transferência que está em curso. O fundamental é localizar na transferência a posição subjetiva do toxicômano e a finalidade e significação do “tóxico” para tirar consequências clínicas desta escuta (p.5).

As toxicomanias de suplência atestam que na operação de farmakon há a falência do Outro enquanto terceiro, assim, funcionaria como uma defesa primária para resistir à entrega ao fluxo maternal intenso na tentativa de produzir uma barreira para essa invasão. Para controlar o gozo do Outro e conservar-se vivo o sujeito mantém seu corpo como “máquina”, pois há um

real presente e o Outro que, pela falta da mediação, não se sustenta enquanto endereçamento. Esta operação teria como fim colocar limite no gozo do Outro conservando, de alguma forma, a subjetividade (Conte, 2001; 2003a).

Já as toxicomanias de suplemento seriam formações de próteses narcisistas a fim de sustentar a imagem narcísica. A operação de *farmakon* teria a função de driblar e amenizar a castração como efeito da metáfora paterna. O “tóxico” teria a função de próteses que funcionariam como defesa secundária para enfrentar as discordâncias entre a imagem real e ideal, obtendo um ajuste entre o real, se aproximando do ideal e amenizando a dor pelo fracasso na castração. Falta ao sujeito um suplemento fálico imaginário e a droga poderia ser uma tentativa imaginária de o sujeito reconstituir um ideal de eu (Conte, 2001; 2003a).

Conte (2003b) aborda a importância de compreender a lógica de suplência ou de suplemento em que estaria situado o sujeito toxicômano, pois a sua análise apontaria para a direção do tratamento.

Em ambas, no entanto, ocorre um desaparecimento subjetivo e a reabsorção de parte da ameaça que produz a alteridade (para suplência) ou que produz a castração (para suplemento), respectivamente. Ocorre também uma suspensão do espaço-tempo, da memória e das marcas da história singular, bem como dos significantes que permitem a inscrição do corpo e da imagem próprios. Por isso, é tão importante, na abordagem clínica, recuperar a lógica de um tempo subjetivo através da construção (p.44).

A escuta psicanalítica e a transferência são recursos importantes que o analista dispõe para que o sujeito ressignifique sua história singular e por sua vez, possibilite alterações na sua posição subjetiva e na função que o tóxico ocupa em sua economia de gozo (Conte, 2003a).

Em relação às toxicomanias na psicose e na neurose, Beneti (1998) discute que em ambas as estruturas o recurso às drogas pode representar uma espécie de “prótese química” que tem a função de aliviar o sofrimento decorrente do gozo do Outro. Porém, ele observa que na

psicose, sobretudo antes do desencadeamento ou nas não desencadeadas, a droga tem a função de prevenção do delírio, uma suplência química, o que por sua vez impediria o psicótico de se defrontar com a castração no campo do Outro. Já o sujeito neurótico, diante a castração no campo do Outro, utiliza o recurso das drogas como um modo de tentar romper com o gozo fálico.

Nos quadros de psicose desencadeadas, a droga tem a função de moderadora de gozo a nível do corpo, promoveria uma estabilização dos fenômenos psicóticos como uma defesa diante do sofrimento decorrente a forclusão do Nome-do-Pai, em que o psicótico se torna objeto de gozo de Outro (Beneti, 1998).

No entanto, é comum acontecer também a deflagração ou desencadeamento da psicose pelo uso regular de drogas (Santiago, 2001). Para Lisita (2011), os efeitos produzidos pelo uso de substâncias podem colocar o sujeito diante de algo que ele é incapaz de nomear pela falta de recursos simbólicos decorrentes de sua estrutura e desencadear um surto psicótico.

O diagnóstico estrutural pode ser importante na condução do tratamento, muito embora o que verificamos é que o uso de drogas pode tamponar os efeitos da estrutura (como vivenciamos na prática clínica) conforme nos orienta Lisita (2011). Por isso se faz necessário um olhar atento para as especificidades de cada sujeito.

O tratamento com sujeitos psicóticos caminha norteado, segundo Lisita (2011), pela tentativa de romper a identificação do sujeito com a droga. Exige um trabalho singular e inventivo do analista com base nas possibilidades que o próprio sujeito apresenta como caminho e recurso para o cuidado. Há uma aposta na construção do laço social.

Para além das estruturas psíquicas, temos ainda em nosso trabalho as especificidades da infância e adolescência, um tempo de constituição do sujeito em que estas estruturas ainda não estão decididas, pois é possível a inscrição de elementos advindos do campo do Outro. Assim, quais articulações podemos fazer sobre as toxicomanias na infância e adolescência?

3.3 As toxicomanias na infância e adolescência

Cirino (2001) salienta que a infância e adolescência não são categorias naturais e ontológicas, são construções históricas e culturais que sofreram modificações em sua concepção ao longo dos tempos.

Para a abordagem psicanalítica a definição de infância e adolescência é feita a partir de coordenadas estruturais e não apenas cronológicas. Isto porque a psicanálise não constitui uma teoria sobre a infância, mas sobre o inconsciente e o gozo. Seu interesse é pela realidade psíquica constituída pelos desejos inconscientes e fantasias, sendo que o foco é para o sujeito do inconsciente, que não tem idade (Cirino, 2001).

Entretanto, não se pode negar que há uma relação entre o desenvolvimento biológico e os processos psíquicos. Diante disso, Cirino (2001) apresenta uma separação entre desenvolvimento relativo ao corpo e estruturação relativa à linguagem. A noção de sujeito enquanto estrutura seria invariante, mas a noção de criança varia de acordo com os tempos de desenvolvimento relativo ao corpo, considerando os processos maturacionais. Portanto, as duas dimensões devem ser abordadas, sendo que a estrutura manifestaria de formas diferentes de acordo com os diversos momentos da relação do sujeito com seu gozo.

Laurent (1995) citado em Cirino (2001) faz uma distinção entre criança e a “pessoa grande” a partir do modo do sujeito se posicionar em relação a seu gozo. “Assim, criança seria aquele que não pode se responsabilizar por seu modo de gozo, mantendo-se inocente, ignorando-o ou tornando-se sua vítima” (p.55). Desse modo, para a psicanálise, a criança é aquela que não pode responder pelo seu gozo. Ela depende do Outro para sobreviver devido à fragilidade biológica e depende do Outro para torná-la sujeito “desejante”, por isso, não é responsável pelo seu gozo, de forma que a dimensão simbólica exercida pelo pai e mãe é importante e fundante desse sujeito do desejo.

Para a psicanálise, crianças e adolescentes são sujeitos que estão em processo de constituição psíquica. Desde nosso nascimento nos deparamos com uma condição de desamparo fundamental no qual precisamos do Outro (materno) para simbolizar os excessos, as sensações desprazerosas e para proteção contra os perigos do mundo externo. À medida que este processo de simbolização acontece, a mãe torna-se o primeiro objeto de investimento libidinal do bebê. No entanto, o pai passa ter uma função importante de instaurar uma separação na relação entre a mãe e o bebê, uma lei que instaura a castração. O bebê, por sua vez, no lugar de ser o falo da mãe, passa a desejar ter o falo. Este processo é ressignificado na adolescência, quando acontece o segundo tempo de constituição psíquica, em que o sujeito vive mudanças corporais intensas e um novo encontro com o real do sexo (Correa Jr., 2000[1999]).

Freud (1905), nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, propõe uma diferenciação entre puberdade e adolescência. A puberdade seria um período de transformação fisiológica e hormonal que acontece no corpo de criança para chegar ao corpo adulto. Já a adolescência é uma resposta às transformações orgânicas, um tempo em que há um intenso trabalho subjetivo através da retomada de questões infantis. O sujeito passa a questionar o saber construído na infância, bem como os referenciais paternos. Na adolescência ele busca novas referências na cultura e suas próprias respostas para os enigmas de sua existência.

Para Rassial (1999), a adolescência aparece como um momento de loucura. Este, segundo o autor, é um momento privilegiado para emergência de uma esquizofrenia, pois o adolescente vivencia uma crise subjetiva em que questões sobre seu corpo, identidade, integração com a sociedade e papel sexual são questionadas e ressignificadas.

Percebemos também que, frequentemente, é na adolescência que o sujeito inicia o uso e o abuso de substâncias psicoativas, justamente quando o sujeito vive um momento de fragilidade subjetiva, próprio do processo de constituição psíquica.

Kelh (2014)¹ aborda que alguns adolescentes recorrem ao uso de drogas como uma forma de identificação grupal e para outros pode representar a passagem da infância para vida adulta. Porém, casos que merecem maior atenção são de adolescentes que acham que não podem viver sem a droga e deixam de realizar suas tarefas cotidianas, se envolvem em situações de risco e que buscam como único fim o consumo de drogas, apresentando a dinâmica sintomática da toxicomania.

Ligia Bittencourt (1997) citado em Correa Júnior (2000) aponta outras quatro possíveis inter-relações entre a adolescência e o ato toxicomaniaco. A primeira aborda que o adolescente usa o recurso da droga para esquecer o corpo diante as transformações que vivencia; a segunda entende o ato toxicomaniaco como um modo de resposta aos impasses decorrentes do sujeito com o Outro sexo e as vicissitudes da construção do parceiro sexual em que os amores surgidos na adolescência são marcados pela desilusão e desencontro; e a terceira possibilidade aponta que o ato de drogar-se expõe a situações de aquisição e uso e, por sua vez, provocaria no adolescente a assunção de atributos fálicos à medida que é reconhecido no grupo como um apelo ao objeto que se insere.; e na quarta possibilidade, o adolescente utiliza o recurso da droga para promover uma separação da autoridade parental, permitindo separar-se do Outro, desprezando a lei, desafiando a autoridade dos pais.

Em consonância com as ideias de Kelh e Ligia Bittencourt, Torossian (2007), em seu trabalho com adolescentes toxicômanos e usuários de drogas, destaca a existência de diferentes lógicas de consumo que apresentam variadas problemáticas psíquicas. Portanto, a queixa do uso e abuso de drogas se apresenta de forma heterogênea. Para a autora, alguns adolescentes conseguem manter o consumo de drogas e ter uma relação para além da droga, conciliando com outras atividades da vida. Já para outros, os toxicômanos, o consumo de drogas passa ser seu

¹ Fonte: www.youtube.com.br (acesso, agosto de 2016).

sofrimento principal, limitando as atividades como trabalho e escola e estabelecendo uma relação de exclusividade na utilização de substâncias psicoativas.

Para Torossian (2007), há na adolescência um momento de desajuste corporal e das referências de autoridade que demandam novas significações por parte do adolescente e que neste momento de pane subjetiva o tóxico pode ser para o sujeito uma saída. Destaca que há diferentes significações que a droga adquire para o adolescente, podendo a construção das toxicomanias se tratar de um sintoma endereçado ao outro ou estarem ligadas à ameaça de aniquilamento subjetivo, como propõe Le Poulichet em seus estudos abordando as diferentes lógicas toxicomaniacas: de suplência e suplemento.

Este apanhado panorâmico constituiu-se um momento importante de construção dessa pesquisa, pois nos possibilitou ampliar a compreensão sobre as toxicomanias, bem como as especificidades e complexidade que envolve a clínica das toxicomanias na infância e adolescência. Constatamos que ainda são recentes e incipientes os estudos voltados para as toxicomanias na infância e adolescência. Mas se apresenta como um campo rico e desafiador de forma que nos motivou nesta empreitada de pesquisa.

No próximo capítulo nos debruçaremos sobre caso M. e desafios na construção de uma clínica possível.

4. A Construção do Caso M.: Invenções e Conduções Clínicas

Apresentaremos neste capítulo a construção do caso M.. M., com suas invenções e com sua história, nos possibilitou viver momentos de intenso aprendizado que nos levaram a conjecturar sobre o percurso do sujeito do inconsciente no campo do Outro, sua relação com a droga. M. ainda nos provocou a refletir sobre nossa posição de analista, bem como sobre a trama paradoxal que envolvia seu cuidado na instituição CAPSI e a forma como estava enredado em outras tramas.

Vamos tratar também a condução clínica possível no acompanhamento de M. realizar uma análise, manejando os impasses e produzindo uma construção que nos apontasse para um caminho para o tratamento, para clínica peripatética.

4.1 O caso M.

O primeiro contato no CAPSI com a história de M. aconteceu em 2014 quando a mãe, Sra. E. procurou o serviço por orientação e encaminhamento do Conselho Tutelar. Nesta ocasião, ela relatou que o filho tinha 11 anos de idade, mas desde os 8 anos fazia uso de múltiplas drogas. Queixava que ele era agressivo e envolvia-se em situações de risco e, diante

disso, solicitava auxílio para lidar com ele. M. morava com a mãe e duas irmãs de 8 e 14 anos. Os pais eram separados desde que M. era bebê e tinham pouco contato.

Foi realizado pela equipe do CAPSI e Atenção Básica uma visita domiciliar e posteriormente, M. compareceu para atendimento na unidade. Naquela ocasião, M. apresentava-se insatisfeito com o fato de ter sido expulso da escola e queixava-se de sua relação com os familiares, mas referiu-se ao padrinho com afeto. M. não mais compareceu a unidade, pois foi morar com o padrinho em outra cidade.

M. retornou ao serviço em janeiro de 2016, aos 13 anos. Apresentava um quadro de pensamentos delirantes de cunho persecutório, alucinações auditivas e de senso percepção corporal, sexualidade exacerbada, agressivo, em uso compulsivo de substâncias psicoativas e havia recentemente feito tentativa de autoextermínio que culminou com a internação em Hospital Geral. M. estava morando somente com a mãe, pois uma irmã havia casado e outra foi morar com o pai a pedido da mãe, alegando que M. poderia representar perigo para ela.

Reiniciado o acompanhamento pelo CAPSI, M. compareceu em atividades grupais e em atendimentos individuais. Apresentava-se confuso, delirante, muitas vezes sob efeito de substâncias psicoativas, solicitava medicações e mostrava-se sexualizado e invasivo com as adolescentes. Era frequente M. relatar que incorporava espíritos maus, fazia macumbas e participava de centros espíritas. M. se envolvia em situações de extremo risco em seu bairro, como furtos e tráfico. A Sra. E. exibia seu cansaço e sofrimento com a situação do filho e demandava uma instituição para “entregá-lo”, acreditando que o afastamento traria alívio para ela. Eles apresentavam uma relação bastante conflituosa.

M. foi atendido pelo psiquiatra, sendo medicado com Haldol, Ácido Valproico e Diazepan e foi diagnosticado com F20 (esquizofrenia) e F12 (Transtorno mental e comportamental devido ao uso de canabíoides). Segundo técnica de referência, M. passou a ter pouca frequência nas atividades da instituição, um paciente faltoso. M. era considerado pela

equipe um representante da “clientela ad”, caso grave pelas situações de risco que se envolvia, pelo uso compulsivo de substâncias psicoativas, associado a outro transtorno mental e pelos constantes conflitos familiares. Um caso de difícil manejo e haviam obtido poucos avanços na assistência de M.. A nosso ver, isto aconteceu porque o acompanhamento de M. se limitava a cumprimento de participação em atividades grupais e atendimentos médicos e isolados atendimentos psicológicos.

Em julho de 2016 iniciei o acompanhamento de M., participando de atendimento psicológico que havia sido agendado pela terapeuta de referência. Nesta ocasião, o CAPSI estava funcionando como ambulatório e, portanto, os atendimentos ocorriam com prévio agendamento. Foi um atendimento importante, pois propiciou a retomada do cuidado de M. pelo CAPSI.

Nosso acompanhamento durou até março de 2017, período em que pude vivenciar muitos momentos de aprendizado. Para que eu pudesse acompanhar M., tinha como uma das condições solicitada pela gestão que houvesse a presença de um técnico da instituição. O acompanhamento se deu da seguinte maneira: participação na discussão do caso com técnica de referência e equipe, participação através de observações participante em grupos e oficinas em que o adolescente participava na instituição; em atendimentos conjunto mãe e filho e atendimentos individuais com a presença da técnica de referência ou a redutora de danos que acompanhava o caso no CAPSI e nas visitas à casa do adolescente; e supervisões com orientador desta pesquisa.

Durante o acompanhamento de M. foi possível realizar a construção do caso de forma que buscamos um arranjo de elementos a partir do discurso do sujeito, o que nos permitiu inferir sobre sua posição subjetiva. Como nos ensina Figueiredo (2004), a proposta da psicanálise de construção do caso pode oferecer uma importante contribuição ao campo da Saúde Mental, pois possibilita refletir sobre o diagnóstico clínico e indicadores para o tratamento.

Por sua vez, a escuta analítica e a transferência foram importantes balizadores que sustentaram nossas intervenções com M. e nos permitiu refletir sobre alguns significantes importantes extraídos de sua história e da nossa vivência durante o acompanhamento, para que assim, em um segundo momento, pudéssemos realizar uma análise manejando os impasses e produzindo uma construção que nos aponte para um caminho para o tratamento.

4.1.1 “Eu mato ele e ele me mata mas um não vive sem o outro”

Nos atendimentos e visitas a M. e Sra. E. eram constantes as brigas, insultos, agressões, a polaridade da verdade em que um dizia que o outro estava mentindo. Esse conflito foi tema de muitas conversas que nos possibilitou construir uma “breve” história.

Sra. E., 37 anos, contou-nos que morava no interior da Bahia com a família e mudou-se para cidade de MG, referência desse estudo, quando estava grávida de M., seu segundo filho. Teve uma gestação normal e disse que M. nasceu saudável e muito querido. Porém, relatou que quando M. estava com 11 meses o marido os abandonou (ela, a filha mais velha que tinha 2 anos e M.). Foi uma situação difícil e tiveram amparo de um irmão e outros familiares. Tempos depois, Sra. E. casou-se pela segunda vez e teve sua terceira filha, mas logo separou-se do marido. A família representa um importante suporte para Sra. E. e os filhos, pois auxiliaram nos cuidados e criação das crianças, bem como proveram econômica e afetivamente a eles em momentos de dificuldade.

Em relação ao desenvolvimento de M., Sra. E. relatou que ele apresentou crescimento normal, estudava, participava de projetos de atividades esportiva e se relacionava bem com as irmãs. Porém, quando tinha 8 anos, começou a apresentar comportamento agressivo, baixa de rendimento escolar e ela descobriu que ele fazia uso de drogas na escola.

Depois desse marco, Sra E. contou que “tudo foi ficando muito difícil!”. M. passou a consumir cada vez mais drogas, ela não conseguia colocar limites no filho e se via desnorteada sem saber o que fazer. Neste período ela produziu um longo quadro de depressão e síndrome do pânico e realizou alguns tratamentos.

Outro marco importante que fez sua vida mudar foi quando M., aos 13 anos, surtou, sendo internado em Hospital Geral e posteriormente iniciou o acompanhamento no CAPSI. Ela dizia que interrompeu seu tratamento medicamentoso porque *“Não dá pra ter dois drogados em casa”*. Ela delegou os cuidados da filha mais nova ao pai, a filha mais velha já estava amasiada e passa a dedicar-se exclusivamente aos cuidados de M.. Ela dizia: *“Passei a viver pelo M.”*, *“Eu vivo pra ele”*. *“Minha vida gira em torno dele!”*.

Sra. E. sempre ressaltava que estava com M. *“porque ele é doente e não posso abandoná-lo”*. Falava que as filhas entendiam que a mãe *“tem que ficar com M. porque é doente”*. Sra. E. escolheu ficar com M. mas isso representou para ambos uma condição de insuportabilidade.

Durante o acompanhamento presenciamos várias discussões entre Sra. E. e M., o que foi foco de muitas intervenções. Ambos se mostravam agressivos e ao mesmo tempo engendrados numa dinâmica de ódio e amor.

Sra. E. apresentava-se muitas vezes irritada, agressiva, fazia ameaças a M. e constantemente dizia: *“Ou eu mato ele ou ele me mata”*. Mostrava-se desistente em relação a M., pois segundo ela, o filho não a obedecia, era agressivo, ela não sabia como lidar com M. e via como saída para seu sofrimento entregar o cuidado do filho para alguém ou mesmo para o CAPSI. Em contrapartida, evidenciava que ela era a única que não abandonou M. e que sentia carinho pelo filho.

M., por sua vez, apresenta em muitos momentos um discurso de ódio e raiva em relação à mãe. Dizia que ela não o deixava fazer nada e o queria morto. Em outros momentos fazia

severas ameaças a mãe e falava da sua vontade em matá-la. M. relatou episódio que quando ela estava dormindo empunhou uma faca para matá-la, mas não o fez porque segundo ele o espírito que tomou seu corpo disse que não poderia matá-la pelas costas. Desistiu e foi dormir. M., nos atendimentos, relatava que se sentia atormentado tanto pelos espíritos quanto pela mãe.

Essa condição de insuportabilidade para ambos foi sendo trabalhada nos atendimentos, “Em que um vai acabar matando o outro, mas um não vive sem o outro”.

Ao longo do acompanhamento pudemos perceber que a presença de Sr. V., namorado de Sra. E., propiciou que ela se sentisse amparada e fortalecida com seu apoio. De certa forma Sr. V. aproximou-se também de M. na tentativa de fazer laço. Assim, Sr. V. criou possibilidades para que M. interagisse com seus filhos, participasse de eventos sociais e encontros que permitiam conversas, momentos de diversão e assim criou possibilidades de estar com M..

Nos atendimentos percebemos que por vezes fazíamos função do terceiro na relação de M. e sua mãe. Até que em um atendimento M. disse: *“vocês agora precisam de cuidar dela! Ela não está bem.”* Ele assim sinalizava que nossas atenções deveriam voltar para o cuidado de Sra. E. após um episódio em que ela discutiu com Sr. V..

Percebemos uma evolução na Sra. E. que conseguiu uma casa própria por meio de auxílio de um programa do governo, comprou um carro e planejava montar seu próprio negócio. Deu-nos a entender que já estava cuidando de si, vivendo sua vida e não somente a do filho.

Quando M. e Sra. E. mudaram para casa nova, Mi, irmã mais nova de M. pediu para voltar a morar com mãe e irmão. Foi um momento de conflito para Sra. E. e para M., pois representava um novo arranjo na configuração familiar e promoveria a entrada de um outro nesta relação mãe e filho. Foi um momento em que M. se mostrou bastante atordoado, mas muito importante porque marcou uma divisão para M. e Sra. E. de uma mãe não toda para ele.

Exemplificando essa situação, M. perguntou para mãe: “Mãe, você vive pra gente?”. E ela responde: “Eu vivo pra vocês do meu jeito!”. Ainda sob a insígnia da lei da mãe, porém numa relação dividida.

4.1.2 A insígnia do abandono do pai

Desde o início dos atendimentos a questão do abandono do pai mostrou-se como uma marca importante. Quando M. estava com 11 meses de idade o pai “abandonou” a família. M. conta da raiva que sente do pai por tê-los abandonado e por não poder contar com o apoio dele. Houve um episódio anterior ao início do acompanhamento de M. pelo CAPSI em que Sra. E. tentou que M. ficasse com o pai, pois M. estava em uso abusivo de drogas e em situação de risco, mas o pai recusou-se a recebê-lo. Depois disso, M. contou que ficou um período morando com um padrinho na fazenda e depois retornou para “os braços da mãe”.

Já durante os atendimentos, em um período de conflitos e situação de vulnerabilidade de M., Sra. E. levou M. novamente para casa do pai na tentativa de que ele assumisse o cuidado de M., diante de sua desistência. Dois dias depois de ter ficado na casa do pai, ele levou M. para a casa da irmã de M., abandonando-o novamente. Após este episódio, M. se mostrou muito triste, choroso, com raiva do pai, sentindo-se rejeitado e com medo de que a mãe também o abandonasse. Sra. E. firma novamente para M. que ele poderia contar apenas com assistência e cuidado dela e que, portanto, ela o acolheria mas teria que ser do jeito dela, sob as condições que ela julgava ser importante. Sra. E. apresentou sentimentos ambivalentes em que ao mesmo tempo reconhecia a condição de sofrimento que M. vivenciava e dizia de seu amor pelo filho, mas apresentava-se muito nervosa, ansiosa e com psoríase na pele, dizendo que esta aparece quando fica muito nervosa.

Na casa da mãe, M. fez suas tentativas, diminuiu o consumo de maconha, passou mais tempo em casa e buscou o afeto da mãe. Abriu-se uma possibilidade nos atendimentos para falar dos sentimentos tanto da raiva, do ódio quanto do amor e carinho que um sentia pelo outro.

Durante um determinado atendimento, M. conseguiu dizer para a mãe que “não é daquela forma que ele quer ser cuidado”, pois queria afeto, queria o amor da mãe. Momento importante que abordamos como M. gostaria de ser cuidado e permitiu se abrir um espaço para que a Sra. E. escutasse a demanda de M..

4.1.3 “A maconha é minha alegria”

M. era um adolescente de 13 anos que iniciou o uso de substâncias psicoativas aos 8 anos em sua festa de aniversário. Desde então fazia uso de maconha e cigarro diariamente e com o passar dos anos apresentou uso de múltiplas drogas.

M. apresentava em alguns momentos uso desregrado com combinações inusitadas de vinho com maconha, baforava formol, acetona, álcool e misturava remédios em bebida alcóolica, um uso contínuo e diário de maconha, o que ele elegeu sua droga de preferência. Era mais evidente no início do acompanhamento fazer referência à maconha como sendo a única coisa que o deixava feliz, sua única fonte de prazer. Constantemente dizia: “*A maconha é minha alegria!*”, “*Estou feliz quando tenho a maconha!*”. Ele exaltava a sensação prazerosa no consumo desta substância.

4.1.4 O menino que incorporava

M. relatou que desde criança ouvia vozes e via vultos, o que já poderia indicar a formação de uma possível estrutura psicótica.

Uma de suas invenções diante de sua condição psíquica foi de frequentar centros espíritas, terreiros de umbanda e macumba, pois encontrava nesses locais algum sentido para as vozes e vultos. M. apresenta um discurso confuso e interessante. Dizia que incorporava várias entidades diferentes entre homens e mulheres, índios, xamãs e até mesmo animais. Relatava que elas utilizavam seu corpo para se manifestar e que ganhava poder com as incorporações. Ora dizia que tinha controle sobre elas e ora não. Ele via e sentia seu corpo ser modificado: *“minhas orelhas crescem, ficam pontudas e meus olhos mudam”*. Ele conseguia ver vários mundos diferentes e transitar em vários espaços ao mesmo tempo. Atribuía os episódios de overdose e de agressividade por ter seu corpo tomado por espíritos.

M. relatava que gostava de frequentar o centro e dizia que lá *“dão muita pinga e cigarro”* (sic.). No processo de incorporação havia a ingestão de bebida alcoólica e cigarro como forma de vivenciar os hábitos da entidade. Ele confundia o que era para ele, o que era próprio dele e o que era das entidades.

M. fazia rituais de magia negra e macumba para aqueles que *“não fecham com ele”*, que são as pessoas que ele não confiava e que fizeram algo que o contrariou.

Considerava-se um poderoso médium. Ele não permanecia por muito tempo no mesmo centro espírita, ele migrava para outros centros e outras religiões, mas sempre encontrava nesses locais um acolhimento para sua loucura.

4.1.5 *“Em busca de conceito”*

M. é um adolescente que *“busca ter conceito”*. Essa é uma expressão muito utilizada por ele. Em nosso entendimento essa era uma tentativa de criar laço social pela identificação com o grupo de usuários de drogas e traficantes de seu bairro, porém que trazia consequências arriscadas para sua vida.

Neste grupo, M. era conhecido como “Morga”. Ganhou esse apelido que se refere à gíria “morgado”, “desligado”, por apresentar comportamento e estado de lentidão, efeito tanto do uso de drogas, como maconha, quanto o uso de medicação para tratar a esquizofrenia.

Para pertencer a este grupo e conseguir droga, M. praticava furtos, fazia o chamado “corre”² e se submetia às leis do tráfico. M. era manipulado pelos traficantes de forma consensual para realizar furtos e outras ações por ele ser menor de idade e por contar com um diagnóstico de uma doença mental. Fatores que poderiam desresponsabilizá-lo por seus atos frente às autoridades judiciais. Esta situação foi foco de intervenções por nossa parte, pois gerava-nos bastante angústia diante do risco envolvido.

M. apresentava uma saída interessante, pois em momentos que era abordado pela polícia, se colocava como doente mental e fazia uso de seu laudo médico de “esquizofrenia” que carrega com ele no bolso, posto que isso o livraria da possível punição dada pelos policiais.

O significante “doente mental”, “esquizofrênico” ganha outras funções importantes na vida de M.. Sra. E., por exemplo, fazia uso desses significantes como uma forma de proteger M., diante a situação de risco que ele se colocava. Ela contava para os traficantes que o filho tinha uma doença mental e que isso poderia gerar problemas para eles com a justiça por aliciarem um adolescente na condição de doente. Era um paradoxo que o protegia contra traficantes e policiais.

Ao mesmo tempo, quando Sra. E. fazia uso do diagnóstico de doença mental para o traficante, ela desqualificava M., dizendo que ele era incapaz e limitado cognitivamente, o que irritava muito M., que estava na “busca de conceito”.

Além dessas funções que esses significantes assumiam dependendo do contexto, M. recebia um benefício financeiro por conta do diagnóstico de doente mental que garantia em

² Gíria utilizada para referir a atividade de transportar substâncias ilícitas de um ponto ao outro, ou para outras pessoas em troca de dinheiro ou de droga.

parte o sustento de sua casa. Portanto, o diagnóstico conferia o auxílio financeiro, proteção contra policiais e traficantes e “conceito”.

Mais recentemente, M. mudou de bairro e produziu outras tentativas de fazer laço com o grupo de traficantes e usuários de drogas. M. ganhou o apelido de “Mortão” que segundo a mãe, referia-se a mortadela, que podia ser fatiada para os dois lados, porque ele se envolvia com duas turmas de traficantes rivais. Sra. E. contou que ele havia sido hostilizado por estas turmas e, preocupada, conversou com o traficante sobre a “doença” de M. e sua condição de fragilidade, fazendo assim sua tentativa de proteger o filho.

Essa “busca pelo conceito” foi foco de inúmeras intervenções, haja vista as situações de vulnerabilidade que M. se colocava. Essas situações nos angustiam profundamente e despertava em nós um sentimento de impotência.

Por esta razão também foi foco de supervisões em que foi possível trabalhar a relação transferencial e os discursos moralistas e de salvamento que nos impregnava em vários momentos, pois fazíamos um julgamento de que aquela situação era errada e que M. deveria ser protegido. Nossas intervenções se baseavam em sensibilizar M. para as situações de risco em que ele estava se colocando e que era necessário ele se proteger, interrompendo aquelas ações.

Essas intervenções foram pouco ou nada efetivas até que M. nos colocou uma questão fundamental para condução do tratamento: *“Você quer que eu faça o que você quer?”*. Isso nos fez ter que repensar nosso posicionamento enquanto analistas.

Compreendemos que estávamos perdendo uma dimensão preciosa para nós, a dimensão de sujeito do desejo. Os discursos moralistas e de proteção integral da criança, embora tenham uma parcela que nos faz mover para pensar o cuidado, podem por vezes nos cegar e assim perdermos o olhar para o sujeito e sua singularidade. A partir daí começamos a compreender

que M. estava submetido às leis do tráfico, esse era seu contexto e que assim ele apresentava uma forma de viver.

Observamos também que M. estava enredado por um movimento paradoxal de inclusão e exclusão, tanto no CAPSI quanto no tráfico. No tráfico ora ele estava incluído porque usava droga e estava disposto a fazer qualquer ação que o traficante mandasse para consegui-la, para pertencer ao grupo e para “ter conceito”, ora era excluído daquele grupo porque era um doente mental e menor de idade, o que pressupunha que era incapaz de realizar determinadas ações e poderia haver problema com a polícia. No CAPSI ele era incluído porque a instituição tem a obrigatoriedade de acolher a demanda de cuidado a usuário de drogas e doente mental, mas é excluído por conta de resistência institucional em reconhecer como fonte de sofrimento o uso de drogas e também a condição de doente mental, enfim, um “paciente ad”.

4.2 Análise do acompanhamento do caso M.

Ao longo do acompanhamento de M. pudemos conhecer seus hábitos, sua forma de se relacionar com o mundo, suas criações para lidar com o sofrimento, inerentes à condição de vivermos em civilização. Ele nos fez questionar sobre nossa posição de analista e nos mobilizou a inventar um jeito de estar com ele.

Inicialmente as idas de M. ao CAPSI promoviam momentos de reflexão e interação com outros adolescentes e profissionais da unidade nos atendimentos e grupos específicos para os “pacientes ads”. Em algumas situações sua presença causava tensão e conflitos na equipe, que apresentava dificuldades em manejar episódios em que M. queria fazer uso de drogas enquanto estava na instituição e/ou quando flertava outras adolescentes.

Percebemos que a instituição apresentava muitas regras e por vezes os profissionais se enrijeciam num posicionamento moralista entre o que é certo e errado. Eles não provocavam

uma discussão que implicasse o sujeito, mas que o afastava do convívio da unidade e, consequentemente, provocava no adolescente uma recusa em frequentar a instituição. Por conta desse movimento institucional e pela possibilidade de realizarmos um acompanhamento no qual também poderíamos ter mais liberdade, haja visto que estávamos remetidos às regras da instituição, passamos, eu e a redutora de danos, a realizar o acompanhamento no território, na casa, na varanda, nas ruas do bairro, na igreja, na casa de parentes, enfim, onde M. estava e nos permitia estar. Uma clínica em movimento, que se dava no ir e vir e isto nos possibilitou ensaiarmos o que Lancetti (2014) chamou de clínica peripatética.

“Estar presente em movimento, esse estar-aí-junto em movimento, gera continência às vezes maior que a que se passa entre as quatro paredes do consultório” (Lancetti, 2014, p.30). A experiência de estar com M. em sua casa e pelo bairro nos possibilitou ficarmos mais próximos para compreender como vivia, o que ele fazia, com quem convivia, os lugares que circulava e sua comunidade. As conversas realizadas na sala da casa de M., na varanda, no ponto de ônibus, na rua, no quintal do vizinho colhendo manga, na igreja, no cinema e também no CAPSI, propiciaram uma forma de estar junto de M. que não se limitou a consultas com hora marcada e a grupos dentro da unidade, como parece insistir perdurar esta lógica concêntrica em que o paciente deve se adaptar ou aderir ao que é oferecido dentro da instituição.

Para a equipe, M. pode ser considerado um representante da clientela “ad”, posto que é um adolescente, pobre, psicótico, usuário de drogas, se envolve constantemente em situações de risco, é considerado de “difícil manejo” e não adere às rotinas. O trabalho no território nos possibilitou ampliar esta noção e conhecer como M. vivia, a sua história, sua relação com a família, amigos, sua relação com droga, abordar suas especificidades e o que era mais singular. No nosso entendimento pudemos refletir sobre os aspectos psíquicos e sociais que faziam precipitar o uso de drogas, bem como conjecturar sobre a construção de caminhos possíveis para um cuidado de crianças e adolescentes usuários de álcool e drogas, um tema tão complexo.

4.2.1 Reflexão ampliada do caso.

M. iniciou uso de drogas aos 8 anos. Como tratamos anteriormente, o recurso às drogas vêm sendo utilizado também por crianças e adolescentes.

A gravidade que vem se apresentando os quadros de consumo abusivo de drogas cada vez mais precocemente, na infância e adolescência, tem sido um alerta para a sociedade e em especial para os serviços de atenção psicossocial. É fundamental entender esse fenômeno articulando o social e o que há de mais singular do sujeito.

No caso de M., o uso de substâncias psicoativas foi precipitado pela identificação a um grupo de adultos, sua família. Como discute e propõe Birman (2012), vivemos numa cultura das drogas em que fumo, bebidas alcoólicas e outras drogas se inscrevem no estilo contemporâneo de viver. Estão presentes no cotidiano de todos e são amplamente disseminadas independente de classe social e faixa etária. M. conta que achava bonito ver os outros fumando e que queria fumar também. Ter aquele objeto-droga, o fez se tornar detentor de um status que pode exibir entre os colegas.

Para Birman (2012), esse “ter” está relacionado ao fetichismo da mercadoria e o indivíduo busca e consome para preencher um vazio psíquico e corporal. Mais do que mostrar para os colegas que ele fumava, M. queria pertencer a essa família, pela identificação através do consumo de drogas, “aquilo que os adultos faziam”, como ele nos dizia.

M. parecia apresentar uma condição de sofrimento desde a infância em que já via vultos, ouvia vozes, viveu episódios de overdose e tentativas de autoextermínio. Abandonou atividades escolares, passou a ter relação conflituosa com mãe e irmãs e a se envolver em atividades de riscos. Diante de tal sofrimento, M. constantemente dizia que a maconha é sua felicidade e uma saída para o insuportável de sua vida.

Freud (1930), em “O Mal-estar na Civilização”, já discutia que por vivermos em civilização, a vida apresenta-se árdua e gera sofrimento e um dos recursos que o homem dispõe como medida paliativa são as substâncias tóxicas. Estas geram prazer e aliviam momentaneamente o sofrimento sendo um recurso que M. dispõe diante o insuportável da vida.

Mas, também como nos ensina Freud (1930), as substâncias tóxicas possuem uma parte nociva de teor mortífero e destrutivo como M. vivenciou, por exemplo, nos episódios de overdose.

Durante as supervisões do caso M., discutíamos possíveis articulações entre a toxicomania e a psicose recorrendo também aos estudos teóricos que apresentamos no capítulo três para nos auxiliar na reflexão e na condução do acompanhamento.

Temos em mente que para a psicanálise é o sujeito que faz a droga e não o oposto, como pretende a psiquiatria. O caminho para o tratamento passa pelo objetivo como nos rememora Santiago (2001), de desvendar as razões pelo qual a droga passa ocupar um lugar na economia psíquica do sujeito de tal maneira que cada pessoa possui uma relação singular com a droga.

Em nosso contato com M. e com diferentes sujeitos usuários de drogas tanto no CAPSI, quanto em experiência profissional anterior, percebemos que o cuidado voltado para as especificidades estruturais também era importante, pois a relação que um sujeito neurótico estabelece com a droga parece ser diferente da que um sujeito psicótico estabelece, sendo essa especificidade a de um adolescente.

Sobre esse ponto, Lisita (2010) argumenta que o recurso às drogas na psicose não pode ser pensado da mesma maneira para a neurose. Isso porque a toxicomania na neurose está relacionada à ruptura com o gozo fálico, o que consequentemente o sujeito apresenta um uso desregrado e sem significação da droga. Já na psicose, essa ruptura já é uma condição estrutural, dada pela forclusão do significante do Nome-do-Pai e devido a tal fato, o uso de drogas nestes

sujeitos passa a ter uma função delimitada de tratamento do gozo sem significação que invade o sujeito.

Embasados pelo conhecimento e convívio com M. e pelo suporte teórico psicanalítico, compreendemos que o uso de drogas para M. exercia uma função importante em sua economia libidinal. Era um recurso para fazer barreira ao gozo Outro que o invadia, ora os espíritos, alucinações e delírios e ora a mãe. Demonstrava ser uma tentativa de buscar alívio ao sofrimento causado pelo gozo do Outro. Como nos lembra Beneti(1998), esta se apresentava como uma solução decorrente da forclusão do Nome-do-Pai, em que o psicótico se coloca como objeto de gozo desse Outro gozador.

Esta análise se faz corroborar quando cotejada com a hipótese de Beneti (1998), que considera ser o uso de drogas pelo psicótico uma solução para o sofrimento, capaz de moderar e estabilizar os fenômenos psicóticos.

Por sua vez, o recurso às drogas era também para M. uma possibilidade de estabelecer laço social e pertencer a um grupo de usuários de drogas e de traficantes. Ele próprio dizia: *“Quero ter conceito”*. Assim ele fazia como aquele que quer ser um traficante poderoso, que faz grandes assaltos e comete crimes, o que nos remete à uma tentativa de identificação fálica, bem como a assunção de tributos fálicos que é marca da adolescência. Santiago (2001) nos ajuda a pensar que este recurso às drogas pode ser uma tentativa do sujeito se identificar com o significante “toxicômano”, “traficante”, para conseguir estabelecer um laço social com o Outro, uma “saída pela via da identificação”. Porém, uma saída muito perigosa, haja vista que é um território que envolve bordejar com a morte.

Sob esse olhar para o sujeito e para sua relação com a droga, o tratamento de M. não poderia focar na abstinência, como propõe algumas correntes políticas conservadoras e nem mesmo em julgamento moral sobre um adolescente psicótico fazendo uso de drogas. Estes discursos estão presentes no ideário de tratamento para crianças e adolescentes usuárias de

drogas e quanto aos quais tivemos que deles nos despir para conseguir nos aproximar e conhecer M. e trabalhar sua responsabilização pelo seu gozo.

Conte, Henn, Oliveira e Wolff (2008) nos ajudam a refletir sobre esta questão,

Quanto mais a droga é apontada como o objeto do qual o toxicômano deve se abster, menos chances ele terá de aceitar que o que ele empreende é da ordem do impossível e não resultado de uma proibição que venha do campo do Outro, da lei ou do analista. (p. 609)

Isto porque ela tem uma função importante na vida psíquica do sujeito e, portanto, seria necessário de nossa parte, enquanto analistas, nos desintoxicar desse olhar voltado para a droga e propiciar condições para fala, para que a história do sujeito advenha com suas invenções e assim haja para produção de outras possibilidades simbólicas.

Nosso trabalho foi também pautado pela lógica de redução de danos, o respeito ao usuário de drogas, bem como sua demanda e tempo de elaboração de sua experiência (Conte et.al.,2008). Estes aspectos permitiram nos conduzir para uma escuta acolhedora em que foi possível falar sobre a implicação de M. em seu próprio cuidado e refletir sobre sua vida.

Assim, no acompanhamento de M., pudemos conhecer e trabalhar com um adolescente que buscava “conceito”, que incorporava espíritos, tinha uma relação conflituosa com a mãe, com um histórico de abandono do pai, queria namorar e ficar rico. Era afetuoso e vivia “atormetado no mundo real e no espiritual”. A psicose se apresenta como sua forma de estar no mundo e na linguagem e por isso exigiu de nós um olhar voltado para suas especificidades e para além da relação com a droga.

O centro espírita teve uma função importante para que M. desse algum sentido circunstancial para esse Outro que o invadia. Ele se considerava um médium poderoso, capaz de incorporar diferentes entidades. Fazia rituais de magia em sua própria casa, não precisando

estar no centro para incorporar, pois isto poderia acontecer a qualquer momento. Nossa aproximação foi a de acolher, de nos interessar e ficar intrigada com o que fazia enigma de como era possível estar no mundo real e no espiritual. Com este entendimento fazíamos pequenas entradas, apontando para a possibilidade de mínimas separações entre o que era ele e o que era o outro que o invadia, que por muitas vezes se misturavam. Isso foi produzindo algum efeito, até que um dia M. nos disse: “*Já não estou mais tão atormentado como eu era!*”.

A relação com a mãe foi foco importante do trabalho. Eram atendimentos muito cansativos que evidenciavam o insuportável, através de muitas agressões de um para com o outro, em que a prerrogativa era: “Um vai acabar matando o outro. Mas um não vive sem o outro”. A principal postura foi, por muitas vezes, ouvir, presenciar as discussões, silenciar e, quando achávamos necessário, intervir, ora aproximando-os e ora separando-os. Como eu e a redutora de danos éramos uma dupla, e M. e Sra. E. também, conseguíamos, às vezes, fazer este movimento de uma estar com M. e outra com Sra. E..

Foi possível fazer um processo de triangulação nesta relação dual entre mãe e filho, com algumas possibilidades de separar um e outro. Em determinado atendimento realizado na casa com M., em que Sra. E. queixava-se com muita raiva do comportamento do filho, ameaçando abandoná-lo e dizendo que vivia para ele e que ele não mudava, M. fala para sua mãe que viver para ele não era cuidar dele. Isto gerou um certo impacto na relação e foi um importante momento para trabalharmos o cuidado, o afeto, a história de ambos, abrindo possibilidades para Sra. E. e M. se relacionarem de outra maneira.

Assim, Sra. E., que dizia no início do acompanhamento: “*Eu vivo a vida do M.*” passou a dizer, depois de uns 6 meses de acompanhamento e com muitas mudanças em sua vida, “*Eu vivo para vocês (filhos) do meu jeito*”. A Sra. E. teve avanços muito interessantes. Ela conseguiu uma casa própria por meio do programa de governo, comprou um carro, está se relacionando bem com o namorado e recebeu a filha mais nova em casa, abrindo possibilidades

para além da relação com M.. Teve um momento em que M. disse: *“cuida dela que ela tá precisando mais que eu”*, após episódio em que E. discutiu com o namorado. Isto evidencia uma relação de cuidado um com o outro e de separação entre um e outro para que E. vivesse sua própria vida e se implicasse em suas próprias questões e sofrimento.

Foi foco de muitos atendimentos e intervenções a dinâmica que M. estabelecia com os grupos de traficantes dos dois bairros em que morou. Se envolveu com gangs rivais, pedia drogas, fazia pequenos furtos para ambas as gangues, colocando-se em uma situação de muito risco em que ele parecia não avaliar ou não compreender a extrema vulnerabilidade em que se colocava com frequência em situação de ameaça de morte. A questão da psicose se evidenciava e nos deixava angustiadas quanto às situações de risco em que M. se envolvia. O recurso usado por Sra. E. era dizer para os traficantes que M. era doente, esquizofrênico e menor de idade. Isso de alguma forma o protegia dessas situações ameaçadoras.

No nosso último mês acompanhando M. aconteceu uma situação tensa no bairro de M. a qual gerou um momento de conflito e crise. O bairro está “dominado” por duas gangues rivais e houve um acerto de contas, cujo saldo foi um adolescente assassinado. A mãe de M. contou-nos a cena triste que aconteceu com este adolescente, que foi espancado até a morte. Ela escutou os gritos e toda movimentação de pessoas na prática homicida. Ela disse que levou M. e sua filha mais nova para outro local em outro bairro para não verem o que estava acontecendo e pelo perigo envolvido. M. depois deste episódio interrompeu o uso de drogas e se evidenciou em estado delirante.

M. fez uma construção delirante de que ele próprio participou do assassinato e de que estaria em situação de risco de morte por estar envolvido neste crime. M. contou que matou o adolescente a paulada com ajuda de outros colegas e que pegou a bermuda do adolescente já morto. Durante seu atendimento, M. mostrava a sua bermuda e dizia que estava suja de sangue. Ele vivenciava intenso sofrimento e buscou ajuda da mãe pedindo para ficar perto dela, buscou

o CAPSI solicitando hospitalidade e falava que iria se matar antes que os traficantes o fizessem. M., em sua construção delirante, passou a ser o assassino de um crime e, no seu conflito, ele vai de assassino à aquele que será morto, o “Mortão”. No decurso de toda essa situação vivida, M. conheceu uma adolescente, também atendida no CAPSI, e começou a namorá-la.

Em supervisão e discussão do caso em equipe possibilitou refletirmos sobre a riqueza do caso e suas construções. Consideramos que as visitas e atendimentos no território possibilitaram um espaço de diálogo e de acolhida a história de M. e de sua família, não cerceada por um modo de estar limitado pelas regras de enquadramento da instituição. Desenvolvemos um trabalho de um CAPSI que trabalha com a singularidade de cada caso, buscando estabelecer vínculo, conhecendo o território, sua família e que nos mobiliza a buscar referências teóricas que embasassem as intervenções, a realização de supervisões, de discussões entre atenção básica e mesmo entre os profissionais da unidade.

Além dos aportes da teoria psicanalítica, a estratégia de redução de danos nos norteou para uma postura acolhedora e uma disposição para a escuta que valoriza a singularidade e o tempo subjetivo do sujeito considerando suas escolhas e demandas. Para Conte (2003a), é necessário um trabalho analítico e interdisciplinar para abordar o campo das toxicomanias em sua complexidade e mesmo com concepções diferentes de sujeito é possível uma articulação entre a lógica e política de redução de danos e a psicanálise.

Conhecer e acompanhar M. no território exigiu de nós, como nos ensina Lancetti (2014), continência, disposição para cuidar e nunca desistir. Nos provocou angústia, impasses, inquietações e muitas reflexões. Com a ajuda de M. ampliamos nosso olhar para a complexidade que envolve uma clínica das toxicomanias na infância e adolescência. Pudemos verificar que temos muito a caminhar no cuidado psicossocial a crianças e adolescentes toxicômanas e usuárias de drogas.

Dentre os desafios que perpassam a assistência desse público, trataremos no próximo capítulo quem são os “pacientes ads”, alvo de um movimento institucional repetitivo e paradoxal de inclusão e exclusão que afeta na forma como são vistos e cuidados no CAPSI.

5. “Os Pacientes ads” e a Trama Paradoxal entre a inclusão e a Exclusão.

Desde a inserção institucional da clientela de crianças e adolescentes toxicômanas e usuárias de drogas no CAPSI, em 2010, o serviço vive uma crise que se estende até os dias atuais. Há uma dificuldade em manejar e ao mesmo tempo um desafio em se construir um

espaço de cuidado e assistência em saúde mental infanto-juvenil para crianças e adolescentes que tem condições e demandas muito diferentes umas das outras.

Neste capítulo abordaremos como pressões políticas provocaram uma forma de inserção institucional forçada dessa clientela em um serviço que apresentava um modelo de práticas de cuidado para um determinado público de crianças e adolescentes, que fez precipitar uma crise no serviço. Por sua vez, essa inclusão forçada gerou práticas de exclusão que afetou a maneira como o cuidado se dava nas relações interpessoais e como esta clientela, chamada de “pacientes ads”, era percebida nos serviços de Saúde Mental. Observamos também um movimento paradoxal e intrínseco entre a inclusão e exclusão e propomos a escuta psicanalítica como recurso na construção de prática de cuidado no serviço de atenção psicossocial.

5.1 Os “pacientes ads”, um gueto de exclusão?

Diante a entrada e convívio com clientela de crianças e adolescentes que apresentam como uma de suas particularidades o consumo de substâncias psicoativas, foram nomeadas pela equipe, e conseqüentemente pela rede de saúde mental, como “pacientes ads”. Nesta denominação, o termo “pacientes” refere-se como a equipe nomeia os usuários do serviço, e o termo “ads” faz uma alusão a álcool e drogas. Podemos pensar que este nome é um significante importante, pois está relacionado a uma visão de sujeito tomada pelo objeto, como se o objeto o representasse, imiscuindo a droga e o toxicômano.

Vale ressaltar que esta nomeação é utilizada nos serviços de Saúde Mental em decorrência também da forma como o Ministério da Saúde se refere às políticas para pessoas que consomem substâncias psicoativas como Políticas para Álcool e outras Drogas, que toma o sujeito em questão como objeto.

Ser nomeado de “paciente ad” dentro do serviço confere à criança ou adolescente uma espécie de identidade. Existem também outras nomeações feitas pela equipe que fazem alusão aos diagnósticos que são conferidos a outras crianças e adolescentes, que as rotulam e as identificam como “esquizofrênico”, “autista”, “depressivo”, dentre outros. Essas nomeações têm consequências na forma como elas são vistas pela família, escola, sociedade e por elas mesmas.

Ao mesmo tempo essas nomeações representam para equipe de que há uma ideia de uniformidade por características similares entre os sujeitos pertencentes a cada grupo. Um olhar que, embasado por um modelo médico, se atém para a sintomática e que se perde a dimensão do sujeito, para aquilo que é singular.

No imaginário da equipe pudemos perceber, tanto por nossas experiências profissionais quanto pela vivência durante a pesquisa, que “pacientes ads” remetem a outros significantes, os quais podemos destacar: “adolescentes”, “adictos”, “delinquentes”, “difíceis de manejar”, “perigosos”.

Nesse imaginário eles são mais meninos do que meninas, em sua maioria optam por consumir múltiplas drogas, envolvem em situações de extrema vulnerabilidade e risco social, pobres, alguns apresentam envolvimento com tráfico de drogas e vivência de rua. Muitos apresentam graves conflitos familiares e abandono de atividades escolares.

São reconhecidos como um grupo que apresenta uma maneira muito dinâmica de se relacionar com o lugar em que estão e isto gera tensões no serviço, porque são resistentes a horários, grupos formatados, regras e a determinados espaços físicos. Por isso são considerados de “difícil manejo”.

Observamos que há uma tentativa da instituição de que, quando os “pacientes ads” estão na unidade, haja uma vigilância, um certo controle e uma forma específica para estar lá. É um

espaço permeado por regras, o que evidencia um modelo de cuidado engessado, com dificuldade em assistir o sujeito na sua singularidade.

Uma dessas tentativas de manejo desses meninos e meninas foi criar os grupos de “pacientes ads”, composto por eles e mediado pelos redutores de danos e outros profissionais, como o psicólogo. O objetivo relatado pelos redutores de danos foi criar um espaço com a possibilidade de acolher e discutir as especificidades relacionadas ao uso de drogas por aqueles adolescentes.

Tive a oportunidade de participar de alguns desses encontros, o que me gerou um conflito entre aquilo que acolhe a especificidade e aquilo que exclui de um coletivo. Enquanto um espaço de acolhida, que propicia às crianças e adolescentes a terem voz e a serem ouvidas para que suas histórias sejam contadas e seu prazer e sofrimento sejam acolhidos sem julgamentos morais, parece-me muito interessante e potente na construção de uma clínica. Mas por que serem ouvidos somente entre eles? Por que outras crianças e adolescentes não poderiam participar daqueles grupos? Por que não trabalhar com a estratégia de redução de danos não somente com aqueles que tem envolvimento com uso de substância psicoativas?

Começamos a questionar se seriam os grupos de “pacientes ads” uma prática de exclusão. Grupos compostos exclusivamente por usuários de drogas, inseridos dentro do serviço, porém excluídos de um coletivo entre crianças e adolescentes, contido entre seus pares. O que poderia haver em suas histórias que não poderiam ser compartilhadas com os outros pacientes? Seria esta uma forma de controle daqueles que perturbam a ordem?

Em nossas observações no CAPSI e no acompanhamento do caso, presenciamos condutas burocráticas e pouco implicadas no cuidado dessa clientela por parte da equipe. Apontamos neste trabalho episódios que evidenciaram práticas de exclusão com estas crianças e adolescentes quando profissionais e pais manifestaram claramente contrários e resistentes à inserção delas no serviço como espaço de cuidado. Eles não as queriam dentro do CAPSI. Outra

situação que relatamos foi quando o CAPSI “fechou”, o que para nós representou uma prática de exclusão que penalizou a todas as crianças e adolescentes e mais uma vez evidenciou um posicionamento de recusa e rechaço a elas. Isto representa um paradoxo em um serviço que deveria responsabilizar-se pela assistência em Saúde Mental infanto-juvenil num modelo inclusivo, aberto, comunitário, mas que por sua vez gera práticas de exclusão.

Parece haver uma tentativa da instituição de reger-se por uma ordem que buscava a uniformização do coletivo, como dias, horários, regras e atividades pré-estabelecidas para as crianças e adolescentes. Estas práticas eram baseadas em tentativas de ter controle, sobre uma parcela de incontrolláveis, sobre a infância e adolescência que ameaça a ordem e que passavam a ser vigiados, submetidos às regras institucionais. Porém, impor esta ordem, que desconsidera a dimensão do singular, suscita conflitos com aqueles que resistem a se submeter.

Entendemos que muitas vezes as diretrizes políticas não refletem na prática um efetivo olhar de cuidado sobre a criança e o adolescente. Há um tensionamento entre as leis e o que de fato acontece no cotidiano da instituição, pois parece haver um paradoxo entre a criança incluída, sendo admitida dentro do serviço e ao mesmo tempo permanecendo excluída dentro da instituição que a inclui. Portanto, tratar-se-ia de uma dinâmica institucional de exclusão dos incluídos, com forma de buscar gerir formas de controle para o que se apresenta como insuportável, não domesticável, ou mesmo não palatável aos nossos ‘bons gostos’.

Hipotetizamos que este paradoxo pode ter se formado por um efeito da história política e institucional que tratamos anteriormente, em que a inclusão forçada de determinado público gera uma crise institucional, abrindo assim as portas das resistências e preconceitos que subjazem na formação histórico-ideológica das leis e normas que regem a instituição e seus participantes.

A nosso ver, os “pacientes ads” representam gueto de excluídos dentro da própria instituição. Por sua vez, as crianças e adolescentes que compõem esse gueto são socialmente

explicitamente excluídas, pobres, doentes mentais e também estão remetidas a outro gueto com suas leis: ao tráfico de drogas. Elas ocupam o lugar de resto na estrutura social, estão excluídos de acesso a bens de consumo e a modos de gozo próprios do modelo econômico neoliberal (Rosa, 2002).

Parece haver ainda, por parte da instituição, uma dimensão pouco privilegiada em relação a estas crianças e adolescentes, que é a do sofrimento. No nosso contato com eles tentamos conhecer cada história, valorizando sua singularidade. Aprendemos que para alguns a droga é algo contingencial em sua vida diante da gravidade do sofrimento por sua condição psíquica, social e econômica. Muitos não queriam estar ali e nem mesmo necessitar do serviço, foram obrigados por pais, escolas, Conselho tutelar, a frequentar a unidade. Porém, buscam naquele lugar uma referência de cuidado, uma possibilidade de serem acolhidos e mesmo de conhecerem outras pessoas, para fazerem vínculos e amizades.

5.2 Movimento paradoxal entre inclusão e exclusão

O que para nós foi se delineando como um paradoxo, Bander Sawai (1999) citado em Rosa (2007[2002]) esclarece que a exclusão é parte constitutiva da inclusão. Dessa forma, o processo de exclusão não é algo que deve ser combatido, pois ele se trata de um produto do funcionamento do sistema e guarda dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas. Compreender os seus efeitos e sua dinâmica pode nos auxiliar para um bom funcionamento do sistema.

Assim, a inclusão e a exclusão não podem ser pensadas de forma dicotomizada, pois elas são intrínsecas entre si, de maneira que produzem um movimento paradoxal que enredou neste estudo uma trama política e institucional que afeta o plano do sujeito.

Foi compreendendo o movimento entre a inclusão e a exclusão que percebemos que em momentos históricos específicos fizeram incluir-se na política em Saúde Mental e,

consequentemente, nos serviços de atenção psicossocial infanto-juvenil, diferentes clientelas de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, sendo primeiro as crianças e adolescentes autista e psicótica, depois as diagnosticadas com transtornos de conduta e Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e, posteriormente, as usuárias de drogas. Elas sempre existiram, mas não eram vistas e reconhecidas em seu sofrimento. A cada inclusão de uma nova clientela gerou um movimento de crise institucional e, por sua vez, práticas de exclusão que influenciavam na forma como elas eram percebidas e cuidadas.

Por sua vez, foi através da escuta clínica realizada a partir do acompanhamento do caso M. que nos provocou a pensar como ele estava enredado por essa trama política e institucional, bem como por outras tramas em que ele fazia-se incluir onde era excluído.

M. era um “paciente ad” e, portanto, pertencia a um gueto de excluídos dentro da instituição que, por sua vez, é um adolescente socialmente excluído, pobre, doente mental e usuário de drogas. Assim, sua inserção no mundo se dá por tentativas de incluir-se a partir da posição de exclusão. Para isso, M. fez da droga um recurso para incluir-se no grupo de usuários de drogas e traficantes do bairro, o que lhe conferiu uma identidade o conceito “Morga”, “Mortão” e promoveu uma tentativa de laço social. No campo do Outro, o recurso à droga tinha a função de barrar o Outro gozador assim promovendo uma moderação dos sintomas psicóticos decorrentes da forclusão do Nome-do-Pai, onde a exclusão está dada como estrutura.

Acreditamos que a escuta psicanalítica foi um balizador fundamental que nos ajudou a construir junto com M. e sua família uma forma de cuidado implicada focada em suas especificidades. Esta nos permite refletir sobre aspectos psíquicos e sociais capazes de romper com estereótipos de um imaginário social. Consequentemente, possibilita a criação de práticas que sejam fundamentadas a partir da demanda do sujeito e sua forma de estar no mundo, sem que haja o apelo ao controle e a vigilância enquanto prática de cuidado.

Assim, concordamos com Conte et.al (2008) em relação a uma orientação terapêutica nos serviços que atendem toxicômanos e usuários de drogas,

Partilhamos a ideia de que o sujeito, para advir além da necessidade e da demanda, precisa renunciar ao absoluto do real, recuperando a eficácia da fala e construindo na linguagem sua história psíquica, recuperando memória e marcas em uma série singular que o engaje em formas de cuidado, deveres simbólicos e direitos. Nessa perspectiva o lugar do Outro Real poderá ser civilizado, tolerado, sem que se precise dominá-lo completamente (p.608).

Entender esse paradoxo entre a inclusão e a exclusão pode nos ajudar nos desafios de construir uma clínica possível e na compressão da atenção psicossocial para além dos muros da instituição. São bastante recentes as experiências e as políticas no cuidado dessas crianças e adolescentes que fazem da droga um recurso psíquico, mas acreditamos que é nos aproximando e conhecendo-as que conseguiremos construir um caminho possível, para que possamos contribuir, como diz Lancetti (2014), para uma clínica sustentada na ampliação da vida.

No próximo capítulo teceremos nossas considerações finais sobre a trajetória desta pesquisa.

6. Considerações finais

Ainda há muito que se caminhar na atenção psicossocial infanto-juvenil para crianças e adolescentes toxicômanas e usuárias de drogas. As legislações são importantes no avanço da garantia de direitos, mas para haver a legitimação do cuidado, é preciso mais que a promulgação de uma portaria. É necessário haver um processo de transformação em que sejam revistas suas práticas, sua lógica de cuidado, as resistências e as possibilidades de invenção, para que assim, concomitantemente, abra-se um caminho para a construção de uma clínica possível.

A redução de danos nos parece uma política e uma estratégia de cuidado interessante, que tem foco no sujeito para além da droga, o respeita e o acolhe em sua singularidade. Se

orientado por seus princípios, o profissional de Saúde Pública pode criar espaço para que histórias sejam contadas e memórias sejam revividas, o que faz implicar o sujeito em sua demanda. É um campo fértil para criar vínculos, dar voz aos usuários e que permite, a partir de um encontro, romper com estigmas de imaginário social e promover uma relação de cuidado.

Embora esta seja a lógica proposta pela legislação para nortear o cuidado de usuários de álcool e drogas, sejam eles adultos ou crianças e adolescentes, verificamos muitos impasses em colocá-la em prática principalmente dentro das instituições como os CAPS e outros serviços de atenção psicossocial. Essas exigem do paciente uma forma para estar dentro delas, pois são permeadas por regras, rotinas, horários e por todo um imaginário formado por preconceito e resistência na assistência a esse público. Isso dificulta que o sujeito que busca o serviço seja acolhido em sua condição de sofrimento.

Assim, acompanhamentos e intervenções que são realizadas fora do CAPS, que privilegiam o território do sujeito e suas regras, possibilitam uma maior flexibilidade tanto para o profissional como para o sujeito em questão.

Enquanto a estratégia de redução de danos possibilita uma maneira de criar vínculo e dar voz ao usuário, a psicanálise, por sua vez, pode oferecer contribuições importantes na clínica com toxicômanos, através da escuta analítica.

É preciso ouvir o que o toxicômano tem a dizer sem estigmatizá-lo, pois, para muitos, a droga é uma solução diante o insuportável da vida. Assim, a escuta clínica se faz a partir do sujeito, de sua singularidade, bem como sua condição de sofrimento. Esta escuta como vivenciamos no caso M., abre uma possibilidade para que fale, escute-se e aproprie-se de seu discurso, ressignificando sua posição subjetiva.

O acompanhamento de M. nos proporcionou uma viagem pelos seus mundos. Aprendemos com ele que é necessário romper com uma lógica moralizante para compreender o sujeito em sua singularidade, acolhendo seu sofrimento e sua história. Dessa forma, pudemos

pensar juntos como o cuidado pode ser construído baseado nas suas especificidades, próprias do momento psíquico e contexto em que vive.

Fizemos ensaios do que seria uma clínica peripatética praticada fora de *settings* tradicionais e com foco para o trabalho no território do sujeito. Isso nos permitiu nos aproximar de M. e de sua família. Nossas conversas puderam acontecer durante passeios pelo bairro, em casa, na biqueira³, na igreja, no quintal do vizinho colhendo mangas, no CAPSI, no cinema, durante refeições, comemorando aniversário dentre outros. As possibilidades de estar com M. foram ampliadas para além dos limites e regras da instituição.

Esta pesquisa nos possibilitou construir caminhos que não ambicionávamos no início de seu percurso. Foi buscando ampliar os estudos sobre uma clínica das toxicomanias e perseguindo como se dava o cuidado de crianças e adolescentes usuárias de drogas na atenção psicossocial, que nos envolvemos em uma trama política, histórica e institucional que se refletia no plano do sujeito. À medida que me arriscava como principal participante dessa pesquisa, com a supervisão do orientador, fazíamos operar o método psicanalítico. Nesta trajetória, o objeto de nosso estudo foi se transformando e pôde ser delineado, o qual nomeamos de trama paradoxal no cuidado de crianças e adolescentes usuárias de drogas.

Compreender a montagem das políticas de atenção psicossocial e da história institucional do CAPSI nos ajudou a refletir sobre resistência e a dificuldade no cuidado de crianças e adolescentes toxicômanas e usuários de drogas. Conseguimos ampliar esta apreensão para a infância e adolescência. Observamos em nosso estudo um movimento repetitivo e paradoxal entre a inclusão e exclusão que se deu numa trama política, histórica e no plano do sujeito.

³ Gíria utilizada para referir ao local de compra, venda e consumo de substâncias ilícitas.

Em momentos históricos diferentes, houve a inclusão de clientela específicas de crianças e adolescentes na política em Saúde Mental infanto-juvenil e que consequentemente impactaram no CAPSI, gerando diferentes momentos de crise institucional. Elencamos três clientela distintas: primeiro as crianças e os adolescentes autistas e psicóticos, em um segundo momento as diagnosticadas com TDAH e transtorno de conduta e no terceiro momento foram as usuárias de drogas.

Como vimos neste estudo, o resultado da inserção forçada dessas diferentes clientela gerou um movimento paradoxal entre inclusão e exclusão. A inclusão daqueles que estavam numa condição de inapreensível e inaudíveis, em que a sociedade não reconhecia seu sofrimento e demanda e, portanto, na posição de excluídos. Ao inclui-los de forma forçada, propondo que os CAPSI atendessem novas clientela, provocou um movimento de exclusão destes dentro do próprio serviço, o que impactou na forma como eram percebidos e cuidados. Estes sujeitos, crianças e adolescentes com sofrimento psíquico, que vivenciam situação de vulnerabilidade social, são marcados em suas vidas por uma condição de exclusão e inclusão, a exemplo do caso M..

Conhecer esta trama que tentamos revelar pode nos ajudar a produzir outras práticas de cuidado para infância e adolescência. Assim, almejamos que este trabalho possa de alguma forma ajudar a refletir sobre a importância de se construir uma clínica dentro do serviço de Saúde Mental, o CAPSI, para além de ações burocratizadas que se limitam a saber quem é a referência do caso, se ele está presente ou não na rotina do CAPSI e se ele precisa de consulta ou hospitalidade, sem ter uma compreensão mais ampla do projeto terapêutico do usuário do serviço, bem como as ações que fundamentam o cuidado.

Almejamos também que possamos repensar o modelo da estrutura de funcionamento do CAPSI em que a cada nova inserção radical e forçada de novas clientela de crianças e adolescentes, não garante na prática a efetivação dos direitos ao acesso a saúde, pois geram

práticas de exclusão e resistência ao atendimento. Propiciar espaços de discussões, fóruns e capacitações podem auxiliar a refletir sobre o que vem se apresentando no cotidiano dos serviços em relação às novas demandas das crianças e adolescentes, bem como sobre as impasses e desafios na construção de uma atenção psicossocial infanto-juvenil. Quem sabe, a partir daí, possam ser repensados os mecanismos que compõem essa trama paradoxal entre a inclusão e a exclusão e consigamos construir uma clínica que privilegia a singularidade de cada caso.

Com o desenrolar do nosso trabalho e acompanhando o cotidiano da instituição, percebemos que uma nova clientela vem se apresentando no serviço e começam também a ganhar destaque na cena social: as crianças e adolescentes com tentativas de autoextermínio e práticas de automutilação. Elas devem sim ser alvo de atenção diante a gravidade e intenso sofrimento que vivenciam. Portanto, esta é uma convocação para o trabalho diante de um novo público que parece começar a protagonizar a trama paradoxal do cuidado na atenção psicossocial.

Ambicionamos que esta pesquisa possa servir de inspiração ou de inquietação para outras pesquisas. Vivemos tempos muito difíceis e acreditamos que as crianças e os adolescentes são uma população que primeiro manifestam o caos contemporâneo. Muitas vivenciam intenso sofrimento psíquico e, como profissionais de Saúde Mental, é nossa responsabilidade refletir sobre o cotidiano e produzir práticas que possam assistir o sujeito em sua singularidade.

Referências

- Assis, S. G. org. (2015). Crianças, adolescentes e crack: desafios para o cuidado. Rio de Janeiro. Ed FIOCRUZ
- Beneti. A.(1998). Toxicomania e suplência. In. Bentes, L. e Gomes, R. F. (Orgs). O brilho da infelicidade. (pp. 219-22). Rio de Janeiro: Kalimeros.
- Birman, J. (2009). O mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. (7ª ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Birman, J. (2012). O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade. (1ª. ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Canabarro, R. C. S. (2011). Toxicomanias e psicanálise: algumas considerações. (Dissertação de Mestrado) Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Recuperado em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/31795>
- Carneiro, H. (2005). As transformações do significado da palavra "droga": das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: R. P. Venâncio & H. Carneiro (Org). Álcool e drogas na história do Brasil. (pp. 11-28). Belo Horizonte: Editora PUCMinas
- Cirino, O. (2001). Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura. Belo Horizonte: Autêntica.
- Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas relacionados à Saúde (CID10 Organização Mundial da Saúde,2008). Recuperado em: www.cid10.com.br/
- Conte, M. (2001). O luto do objeto nas toxicomanias. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 91-107. Recuperado em 06 de outubro de 2015: <https://psicologado.com/abordagens/psicanalise/a-toxicomania-sob-a-luz-da-teoria-psicanalitica>

- Conte, M. (2003a). Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis? Revista Associação Psicanalítica de Porto Alegre, (25), 23-33. Recuperado em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000140&pid=S0102...Ing...
- Conte, M.. (2003b). Necessidade, demanda e desejo: os tempos lógicos na direção do tratamento nas toxicomanias. Revista Associação Psicanalítica de Porto Alegre, (24),41-60.
- Conte, M.; Henn, R. C.; Oliveira, C. S. de & Wolff, M. P. (2008) "Passes" e impasses: adolescência – drogas – lei. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 11, n. 4, pp. 602-615, dezembro.
- Correa Jr.,V.(2000) A adolescência e a toxicomania. In.: Grossi, F.; Bahia, I. V. & Cirino, O. (Orgs.). Psicóticos e adolescentes: por que se drogam tanto? (pp 121-126) Belo Horizonte: Centro Mineiro de Toxicomania. (Texto original publicado em 1999)
- Couto, M. C. V.(2002). Trilhando novos caminhos: a política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: Guerra, A. e Lima, N.(orgs). A clínica de crianças com transtornos do desenvolvimento.Uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental.(pp. 191-198) Belo Horizonte: Autêntica, 2003.
- Couto, M. C. V.; Duarte, C.S.; & Delgado, P. G.G. (2008). A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. Revista Brasileira de Psiquiatria. 27(1), 384-389.
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>
- Couto, M. C. V. & Delgado, P. G.G. (2015). Crianças e Adolescentes na Agenda da Saúde Mental Brasileira: Inclusão Tardia, Desafios Atuais. Psic. Clin.. 30(4), 17-40.
<https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 7(1), 75-86. <https://dx.doi.org/10.1590/1415-47142004001006>
<https://doi.org/10.1590/1415-47142004001006>

Fiore, M. (2005). A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In R. P. Venâncio & H. Carneiro (Orgs.). *Álcool e drogas na história do Brasil*. (pp. 257-290). Belo Horizonte: Editora PUCMinas.

Freud, S. (1980a) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. (Vol. 7, pp. 129-256). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).

Freud, S. (1980b). Além do princípio do prazer. In S. Freud, Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. (J. Salomão, trad., Vol. 18, pp. 17-90). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920).

Freud, S. (1980c). O mal-estar na civilização. (J. O. A. Ribeiro, Trad.) In.: J. Salomão, Org.) Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas (Vol. 21, pp.81-178). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1930)

Freud, S. (1996). As pulsões e suas vicissitudes. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (Vol. 14) Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1915)

Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica?. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 6(1),115-138. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982003000100007>
<https://doi.org/10.1590/S1516-14982003000100007>

Kelh, M. R. (2014,outubro 12). Drogas. [Palestra Café Filosófico]. Recuperado de 10 de agosto de 2016 de: <https://www.youtube.com/watch?v=e6RbsUqtUS8>

Lancetti. A.(2006). *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec.

Lancetti, A. (2014). *Clínica Peripatética*. (9ª Ed.). São Paulo: Editora HUCITEC.

Laranjeira R; Madruga, C.S; Pinsky, I.; Caetano, R.; Ribeiro, M.& Mitsuhiro, S. (2013). II Levantamento nacional de álcool e drogas - consumo de álcool no Brasil: tendências entre 2006/2012. São Paulo: INPAD. Recuperado em 09 outubro 2015 de: http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LLENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminares.pdf

Lei nº 8.069, 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso 10 abril 2016

Lisita, H. G.(2010). Toxomania na psicose: os usos que o psicótico faz da droga.

(Dissertação de mestrado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Estudos Psicanalíticos da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. Recuperado de:

http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/VCSA-8BNKYY/disserta__o_helena_greco_lisita.pdf?sequence=1.

Lisita, H.,G. & Rosa, M. M., V. (2011). Os usos que o psicótico faz da droga. Psicologia em Revista, 17(2), 261-277. Recuperado em

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682011000200007&lng=pt&tlng=pt.

Machado, K. (2010) Crack, questão de saúde pública. Revista Radis, 92,19-21. Recuperado em 27 de setembro de 2016 de: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/92/reportagens/crack-questao-de-saude-publica-radis-92>

Ministério da Saúde. (2002). Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Recuperado em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

Ministério da Saúde. (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. (2^a. ed. rev. ampl.) Brasília- DF.

Ministério da Saúde (2005) Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para políticas de Saúde Mental infanto-juvenil. (2.^a Ed. revista). Brasília – DF. Recuperado em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf

Ministério da Saúde (2007). Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática. Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Brasília- DF.

Ministério da Saúde (2009). Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática. Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Brasília- DF.

Recuperado em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum_nacional_saude_mental_infantojuvenil.pdf

Ministério da Saúde (2011). Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011. Recuperado em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

Ministério da Saúde (2014). Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática. Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Brasília- DF.

Recuperado em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum_nacional_saude_mental_infantojuvenil.pdf

Miranda, O. B. M. & Favaret, B. M. S. (2011). Compulsão à repetição e adicção.

Psicanálise & Barroco em revista. 9(2) , 147-160, dez.

Oliveira, D. C. & Dias, M. H. (2010). Os jovens usuários de crack e a rede de cuidados: problematizações a partir de uma experiência. In.: L. M. B. Santos (Org). Outras Palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. (pp. 27-42). Porto Alegre: Ideograf.

Oliveira, de L. A., (2010). Toxomania e gozo. Psicanálise Revista. São Paulo, 19 (2), 239-261.

Passos, I. F. & Lima, I. C. B. F. (2013). D Políticas sobre drogas: qual o impacto para crianças e adolescentes?. Psicologia & Sociedade, 25(spe), 111-121.

<https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822013000500013>

<https://doi.org/10.1590/S0102-71822013000500013>

Rassial, Jean-Jacques (1999). O adolescente e o psicanalista.(Bernardino, F.L., Trad.). Rio de Janeiro: Companhia de Freud. (Original publicado em 1990)

Rosa, M. D. (2002) Uma escuta psicanalítica de jovens da periferia- a construção de laços fraternos e amorosos. (pp. 185-193). In. Altoé, S.(2007). A lei e as Leis; Direito e Psicanálise. Editora Revinter.

Santiago, J. (2001). A droga do toxicômano: uma parceria clínica na era da ciência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Souza, C. (2006). Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Sociologias. Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45. Recuperado em <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>
<https://doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>

Torossian, S. D. (2001). A construção das toxicomanias na adolescência: travessia e ancoragens. (Tese de Doutorado). Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Torossian, S. D. (2007). Trajetos adolescentes nas construções de toxicomanias. Psicologia em Revista, 13(1), 123-136, jun.

Vorcaro, A. (2004). Seria a toxicomania um sintoma social?. Mental, 2(3), 61-73. Recuperado em 24 de julho de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272004000200006&lng=pt&tlng=pt.

Apêndice A

Declaração da instituição co-participante



DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa “**As toxicomanias na infância e adolescência: das redes de cuidado à singularidade do sintoma.**” será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo os pesquisadores Michelle Ferreira Martins, João Luiz Leitão Paravidini, realizarem visitas nos Centro de atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) que presta cuidados a crianças e adolescentes que fazem o uso prejudicial de álcool e outras drogas; reunião com equipe e participação na rotina da instituição, observação e entrevistas com profissionais e usuários do serviço.

Maria Tereza Peres

Coordenadora do Programa de Ações em Saúde Mental

Secretaria Municipal de Saúde- Prefeitura de Uberlândia

Uberlândia 15/12/2015

Apêndice B

TERMO DE ASSENTIMENTO PARA O MENOR

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada “**As toxicomanias na infância e adolescência: das redes de cuidado à singularidade do sintoma.**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Michelle Ferreira Martins, Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini.

Nesta pesquisa nós estamos buscando **fazer um trabalho baseado na perspectiva da Psicanálise e Saúde Mental buscando conhecer as formas de uso de álcool e outras drogas na infância e adolescência.** Na sua participação você **poderá dizer e refletir sobre sua vida.** Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Os riscos consistem em **ter sua identidade revelada, mas garante-se que isto não ocorrerá.** Os benefícios serão **a reflexão sobre seu cotidiano, relações e próprio cuidado de forma implicada e na possibilidade de pensar as políticas públicas. Esta pesquisa também auxiliará nos estudos do campo da Psicologia.** Mesmo seu(ua) responsável legal tendo consentido na sua participação na pesquisa, você não é obrigado a participar da mesma se não desejar. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Esclarecimento ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: **Michelle Ferreira Martins, Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini, pelo telefone (34)3218-2235, ou no Instituto de Psicologia – IPUFU: Av. Pará, nº 1720, bloco 2C.Campus Umuarama - Uberlândia – MG, CEP 38400-902.** Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131.

Uberlândia, ... de de 2016.

Assinatura dos pesquisadores:

João Luiz Leitão Paravidini

Michelle Ferreira Martins

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

Apêndice C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) senhor(a), o menor, pelo qual o(a) senhor(a) é responsável, está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada **“As toxicomanias na infância e adolescência: das redes de cuidado à singularidade do sintoma.”**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Michelle Ferreira Martins, Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini. Nesta pesquisa nós estamos buscando **fazer um trabalho baseado na perspectiva da Psicanálise e Saúde Mental buscando conhecer as formas de uso de álcool e outras drogas na infância e adolescência.** O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora **Michelle Ferreira Martins**. Na participação do menor, ele **poderá refletir sobre seu tratamento de forma crítica e ativa em seu próprio cuidado**. Em nenhum momento o menor será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. O menor não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Os riscos da participação do menor na pesquisa consistem em **ter sua identidade revelada, mas garante-se que isto não ocorrerá**. Os benefícios serão: **a reflexão sobre cuidado de forma implicada no tratamento do familiar e na possibilidade de pensar as políticas públicas. Esta pesquisa também auxiliará nos estudos do campo da Psicologia.** O menor é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o(a) senhor(a), responsável legal pelo menor. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, o(a) senhor(a), responsável legal pelo menor, poderá entrar em contato com: Michelle Ferreira Martins, Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini **pelo telefone (34)3218-2235, ou no Instituto de Psicologia – IPUFU: Av. Pará, nº 1720, bloco 2C. Campus Umuarama - Uberlândia – MG, CEP 38400-902.** Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131

Uberlândia, ... de de 2016.

Assinatura dos pesquisadores:

João Luiz Leitão Paravidini

Michelle Ferreira Martins

Eu, responsável legal pelo menor _____ consinto na sua participação no projeto citado acima, caso ele deseje, após ter sido devidamente esclarecido.

Responsável pelo menor participante da pesquisa

Apêndice D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (OS PROFISSIONAIS QUE PARTICIPARÃO DA PESQUISA)

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “**As toxicomanias na infância e adolescência: das redes de cuidado à singularidade do sintoma.**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Michelle ferreira Martins, João Luiz Leitão Paravidini.

Nesta pesquisa nós estamos buscando **fazer um trabalho baseado na perspectiva da Psicanálise e Saúde Mental buscando conhecer as formas de uso de álcool e outras drogas na infância e adolescência.**

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora **Michelle Ferreira Martins.**

Existe o risco de que você seja identificado ao participar da pesquisa, para evitar isso, em nenhum momento seu nome será usado. Os resultados da pesquisa serão publicados e, ainda assim, a sua identidade será preservada.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: **Michelle Ferreira Martins, João Luiz Leitão Paravidini**, Av. Pará, 1720 Bloco 2C Campus Umuarama – Uberlândia/MG. Fone (34)3218-2235. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131.

Uberlândia, ... de de 2016

Assinatura dos pesquisadores responsáveis

João Luiz Leitão Paravidini

Michelle Ferreira Martins

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

Anexo A**Parecer de Aprovação do Comitê de Ética**

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA	
- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA	
Título da Pesquisa: As Toxicomanias na infância e adolescência: das redes de cuidado à singularidade do sintoma. Pesquisador Responsável: João Luiz Leitão Paravidini Área Temática: Versão: 2 CAAE: 52762015.8.0000.5152 Submetido em: 01/04/2016 Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG Situação da Versão do Projeto: Aprovado Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável Patrocinador Principal: Financiamento Próprio	
	
Comprovante de Receção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_627855	