

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

HELLEN DELCHOVA RABELO

**O BRINCAR E O FENÔMENO DA DROGADIÇÃO NA INFÂNCIA:
RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM CAPS ADI NO DF**

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

HELLEN DELCHOVA RABELO

**O BRINCAR E O FENÔMENO DA DROGADIÇÃO NA INFÂNCIA:
RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM CAPS ADI NO DF**

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientado por: Prof. Josenaide Engracia dos Santos

II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD

HELLEN DELCHOVA RABELO

O BRINCAR E O FENÔMENO DA DROGADIÇÃO NA INFÂNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM CAPS ADI NO DF

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: ____/____/____

Nota: _____

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Coordenador Geral do II CESMAD

Prof. Avaliador 1

Prof. Avaliador 2

BRASÍLIA – DF
2015

Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

*Para minha mãe Launice e minha irmã
Julie, com quem compartilho todos os dias
meu amor e minha felicidade.*

UnB



Instituto de Psicologia

Ministério da
Saúde



AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo privilégio de ter a dádiva do conhecimento que é uma das mais belas características que Ele deu à humanidade. Agradeço a Deus também por ter me permitido chegar até aqui e concluído mais esta etapa em minha carreira.

A minha mãe Launice Delchova e minha irmã Julie Delchova, pelo incentivo de todos os dias, apoio em momentos de desespero, risadas que mantêm minha saúde mental e amor absoluto a todo tempo. Vocês são minha base! Agradeço a meu pai Júlio César Rabelo, que ainda vive em minha memória e que desde minha infância me influenciou a ampliar meu conhecimento. Seus ensinamentos e orientações são lembranças que guardo com muito carinho.

Aos meus demais familiares e amigos que de perto ou de longe me apoiam em minhas empreitadas sempre cuidando e me oferecendo afeto incondicional. Especialmente meu amigo Douglas Almeida pela carinhosa revisão deste trabalho.

A minha orientadora Josenaide Engracia, minha amada amiga-mãe, obrigada pelo apoio em tudo que diz respeito a minha profissão. Seu amor e seu conhecimento brilhante são um referencial pra mim. Obrigada pelo socorro sempre presente!

A minha patota, meu grupo querido que foi meu suporte psicossocial ao longo desse tempo: Ana Carolina Oliveira, Karine Coeli e Tiago Miranda. Agradeço por cada gargalhada escandalosa, cada almoço, pelos ombros quando precisei me apoiar, pela orientação de trabalhos e de monografia 24 horas por dia! Pra mim, vocês abrilhantaram essa especialização! Viva la vida!

A minha família CAPS adi de Taguatinga pelo apoio ao longo do curso, pelo socorro, pela união, pelo compartilhar diário e por apostarmos juntos na nossa proposta em saúde mental! Faça parte da equipe mais humanizada e afetuosa que eu já vi! Vocês são demais!

Ao professor Ileno Izídio da Costa, a coordenação do CESMAD e todos os professores e colegas da turma com quem tive contato neste curso, pela oportunidade de compartilhar saberes e sentimentos. Este espaço me acrescentou muito enquanto profissional e enquanto ser humano.

Aos meus pequenos pacientes por cada brincadeira, cada riso e cada intervenção que se tornaram a fonte de inspiração para a realização deste trabalho.

*"As crianças têm de ter muita paciência com as
pessoas grandes"*

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

O uso de droga na infância é um fenômeno complexo do ponto de vista da saúde mental, sobretudo no que diz respeito a estratégias para lidar e intervir nestes casos. Este trabalho objetivou compartilhar experiências de intervenções através do brincar com crianças no Centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas infantojuvenil de Taguatinga (CAPS adi). O estudo é exploratório e foi realizado através da produção do relato de experiência que foi dividido em relatos descritivo e reflexivo. Percebeu-se que o brincar permite a expressão da subjetividade e favorece processos criativos que abarcam a pessoa de modo integral. A criatividade propiciada por meio do brincar nos revela um modo da criança estar no mundo e de se relacionar, assim, o *holding* fomentado pode proporcionar o fortalecimento dos fatores de proteção destes sujeitos que se encontram em vulnerabilidade social e uso de drogas. O aprofundamento no campo da subjetividade é importante pois favorece uma intervenção humanizada e novas possibilidades no campo da saúde mental infantojuvenil.

Palavras-chave: Saúde mental infantojuvenil. Uso de drogas. Brincar.

ABSTRACT

Drug use during childhood is a complex phenomenon of mental health point of view, especially with regard to strategies to get along and intervene in these cases. This study aimed to share experiences of interventions by playing with children in psychosocial care center alcohol and other drugs located in Taguatinga (CAPS adi). The study is exploratory and was conducted by producing experience report which was divided into descriptive and reflective reports. It was noticed that play, allows the expression of subjectivity and promotes creative processes that cover the person integrally. The creativity made possible through the play, reveals a child being in the world and to relate, thus, the holding can provide strengthening protective factors of these guys who are socially vulnerable and drug use. Deepening the field of subjectivity is important because it favors a humanized intervention and new possibilities in the field of infant-juvenile mental health.

Keywords: Infant-juvenile mental health. Drug use. Play.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAPS adi- Centro de Atenção Psicossocial e outras Drogas Infantojuvenil

CRAS- Centro de Referência da Assistência Social

CREAS- Centro de Referência Especializado de Assistência Social

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente

ONU- Organização das Nações Unidas

PTS- Plano Terapêutico Singular

PRONATEC- Programa Nacional de acesso ao Ensino técnico e Emprego

PDR- Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal

SEDEST- Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano e Social

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. METODOLOGIA	14
2.1. Tipo de estudo	14
2.2. Cenário	15
2.3. Compreendendo minha trajetória e o CAPS adi	16
3. DESENVOLVIMENTO.....	20
3.1. Revisão de literatura	20
3.1.1. A infância: Breve revisão histórica	20
3.1.2. A infância brasileira: Políticas para a criança no Brasil	21
3.1.3. O que entendemos por uma criança: O olhar Winnicottiano	24
3.1.4. O uso de drogas na infância: Vulnerabilidade, fatores de risco e fatores de proteção ...	26
3.2. A perspectiva da saúde mental infantojuvenil e o dispositivo CAPS adi	29
4. DISCUSSÃO	31
4.1. Primeiro momento - As crianças e o fenômeno da drogadição: descrevendo nossos pequenos.....	31
4.2. Segundo momento - Inserir, observar, intervir e refletir: contando a nossa história	34
4.2.1. É hora de brincar!.....	36
4.3. Terceiro momento – O espelho prático teórico: onde o nosso fazer reflete na teoria	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	45

UnB



Instituto de Psicologia

Ministério da
Saúde



1. INTRODUÇÃO

“Uma imagem de guerra extraída do campo de refugiados albaneses no Kosovo, mostra duas crianças brincando com uma boneca Barbie, perante o olhar apreensivo, desolado e fatalisticamente resignado dos adultos que com elas partilham as tendas de campanha dispostas para os albergar.” (SARMENTO, 2003, p.1)

O trecho citado demonstra um pouco do que é a sensibilidade e plasticidade que a criança possui ao conseguir brincar com sua Barbie mesmo estando imersa em um ambiente de dificuldade. Sarmento se referiu especificamente às crianças no contexto da guerra, porém os pequeninos podem enfrentar dificuldades de outras ordens, como veremos neste trabalho.

Muitas pessoas acreditam na instituição da infância como um jardim cercado no qual as crianças, sendo fracas e pequenas, estão protegidas da rigidez do mundo de fora até se tornarem fortes e espertos o bastante para lidar com esse mundo. Algumas crianças realmente experienciam a infância deste modo [...] Mas creio que a maioria das pessoas pequenas e em idades cada vez mais precoces, começam a experienciar a infância não como um jardim, mas como uma prisão [...] A infância, feliz, segura, protegida e inocente não existe para muitas crianças. (OAKLANDER, 1980, p.231)

Possivelmente a afirmação de Oaklander (1980) no que diz respeito a criança, tem uma relação direta com a família na medida em que a mesma é o primeiro *locus* de socialização de qualquer sujeito. Conforme Gomes et al (2013), é na família que existe uma expectativa de provisão das necessidades básicas e das condições necessárias ao crescimento e desenvolvimento das crianças, ao mesmo tempo que existem frustrações permanentes quanto a realização dessas demandas. Outro aspecto que torna a infância sofrida tem relação com as violências às quais as crianças são submetidas, um exemplo é a violência sexual. Um relatório da United Nations International Children’s Emergency Fund - UNICEF (Fundo das Nações Unidas em português) de 2005 estimou que 20% das crianças e jovens brasileiros passam ou já passaram por este tipo de sofrimento, em que as principais causas são gravidez indesejada, abortos clandestinos, abandono do lar, fuga para rua e uso de substâncias psicoativas.

Diante do atual contexto no qual, assuntos como delinquência na infância e adolescência, redução da maior idade penal, entre outras discussões polêmicas, a realização de uma imersão teórica no que seja o cuidado referente a criança em vulnerabilidade e uso de drogas se faz um desafio em diversos aspectos. Além disso, não é raro ver casos de violação dos direitos de crianças, violência doméstica, negligência e abandono, sendo que o uso de drogas tem relação direta com estes fatores, se tornando um elemento muitas vezes devastador na vida da criança.

A partir de 2003, o Ministério da Saúde passou a orientar a construção das diretrizes de uma assistência para infância e adolescência em consonância com a Reforma Psiquiátrica. Devido às particularidades e necessidades deste público, os desafios na construção de uma Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil são peculiares, diferentemente da política de Saúde Mental dos adultos que progrediu em suas propostas embora exista dificuldades que já são inerentes ao processo. O uso de drogas se faz uma questão importante a ser considerada nesse contexto de saúde mental infantojuvenil.

Couto, Duarte e Delgado (2008) pontuam que a defasagem entre a necessidade de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes e a oferta de uma rede de serviços capaz de responder por ela é marcada em diversos países, sendo especialmente significativa nos países em desenvolvimento. São muitos os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes e as conseqüências a eles associadas, sendo este um cuidado específico que não é contemplado pelas estratégias de cuidado da população adulta. O desenvolvimento de políticas nacionais de saúde mental para infância e adolescência é urgente.

A nova modalidade Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Infantojuvenil (CAPS adi) vem ao encontro destas mudanças sócio políticas que vem ocorrendo ao longo do tempo. Justamente por ser contemporâneo, é um tema pouco explorado do ponto de vista científico, de modo que a realização deste estudo vem para ampliar as discussões na área do cuidado à criança em situação de uso de drogas e vulnerabilidade social, considerando que as crianças antes de serem entendidos como vítimas, carentes ou delinquentes devem ser cuidadas como sujeito de direito, em uma abordagem humanizada e integral.

Este trabalho tem como objetivo geral compartilhar possibilidades de intervenção por meio do brincar com crianças em uso de substâncias psicoativas. Seu objetivo específico é descrever as atividades realizadas, principalmente o brincar, com crianças no CAPS adi.

A primeira parte deste trabalho aponta o percurso metodológico utilizado para alcançar os objetivos, o cenário da pesquisa, descrevendo sua área de abrangência e outros detalhes. A segunda parte apresenta a revisão de literatura com os autores e obras que orientam a temática deste trabalho, no que diz respeito a histórico da infância, a infância brasileira com o foco na evolução do ponto de vista político; em seguida o olhar de Winnicott sobre a criança; aspectos quanto ao uso de drogas na infância e finalizando com a inserção do CAPS adi na perspectiva da atenção à saúde mental infantojuvenil. A terceira parte apresenta o relato da experiência com detalhes sobre o que é o CAPS adi de Taguatinga, suas especificidades e como a intervenção com crianças se dá a partir do brincar.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo de estudo

Esta é uma pesquisa exploratória que tem por objetivo conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere. Gil (1991) aponta ainda que este tipo de pesquisa visa dar mais familiaridade ao tema cujo principal intuito é aprimorar ideias, sendo este um tipo de pesquisa bastante relevante. De acordo com Raupp e Beuren (2008) este tipo de pesquisa visa conhecer o assunto com maior profundidade para esclarecê-lo ou construir questões relevantes, no decorrer da experiência vivenciada no cotidiano do CAPS adi, e para tanto utiliza como estratégias o diário de campo.

Marcolino e Mizukami (2008) descrevem que

diversas estratégias que têm sido utilizadas para reflexão sobre a prática, sendo a principal delas o *diário reflexivo* (Zabalza, 1994). O conteúdo do diário caracteriza-se como uma narrativa sobre a prática, na qual o estudante ou o profissional pode relatar quais foram suas reflexões e suas ações em determinada situação, permitindo o acesso ao pensamento, fixando a ação no contexto em que ela ocorre, e explicitando suas compreensões, em um movimento que permite retornar à experiência (Rodgers, 2002; Cunha, 1997). Todo este processo demanda o que o psicólogo Jerome Bruner (1997) nomeou de pensamento narrativo, que é um tipo de pensamento trilhado no particular e que se preocupa com as conexões entre os eventos específicos para explicar os motivos. O processo de narrar a própria experiência possibilita ao sujeito reconstruir sua trajetória e lhe oferecer novos sentidos, estabelecendo uma relação dialética entre experiência e narrativa, mediada pelos processos reflexivos (Rodgers, 2002; Cunha, 1997). (p.542)

Esse relato se configura como compartilhamento de uma experiência prática vivenciada no cotidiano do serviço de saúde que será socializada, dando um sentido histórico e contextual ao que foi vivido. Trata-se de uma descrição densa na qual revela-se experiências concretas, tendo em vista que os dados não devem ser apenas apreendidos e sim interpretados.

A descrição foi realizada por meio do instrumento de diário de campo, que de acordo com Nakamura (2011) é uma ferramenta imprescindível para a anotação do que foi observado e, principalmente, para anotação das condições vividas no momento da observação. Além do relato de cunho pessoal, este trabalho é embasado teoricamente utilizando como fonte de pesquisa dissertações, livros sobre a temática, artigos em bases de dados (SciELO e BVS) e documentos oficiais (leis e portarias).

Para esta pesquisa que tem como objetivo compartilhar experiências optou-se por dividir o diário de campo, como já vinha fazendo de forma intuitiva, em “descritivo” e “reflexivo”. A apresentação dos dados foi dividida em três momentos: um primeiro, que diz respeito à descrição que busca captar imagem da realidade, com detalhamento, incluindo lugar, pessoas, ações e conversas observadas. O segundo momento que diz respeito às reflexões

peçoais: idéias, percepções e sentimentos surgidos durante a ação, nos contatos formais e informais, registrados no CAPS adi com as crianças e o fenômeno das drogas. E por fim as considerações teóricas.

2.2. Cenário

Os CAPS adi são dispositivos novos no Distrito Federal com vistas a melhoria da assistência em saúde mental oferecida à população infantojuvenil. Atualmente existem duas unidades: o CAPS adi Brasília e o CAPS adi Taguatinga (este é o primeiro do DF, inaugurado no dia 24 de maio de 2013), os quais obedecem às mesmas normativas dos demais CAPS ad, adicionadas as singularidades prescritas no Estatuto da Criança e do Adolescente. Até 2012 no DF, essa assistência voltada à criança e adolescente era oferecida por dois serviços especializados: o Centro de Orientação Médico e Psicopedagógico (COMPP) e o Adolescento (TEIXEIRA, 2013).

Teixeira (2013) pontua também que cada CAPS adi assumiu uma grande extensão territorial assumindo assim uma numerosa população. Ao CAPS adi Taguatinga couberam as regiões de saúde oeste, sudoeste e sul (Águas Claras, Taguatinga, Samambaia, Vicente Pires, Ceilândia, Brazlândia, Gama, Santa Maria e Recanto das Emas) com uma população de 1.269.139 habitantes, de acordo com os dados fornecidos no PDR de 2007.

Esta é uma modalidade rara e recente dos dispositivos CAPS, inclusive não é citada na Portaria 336, na qual constam os CAPS ad e CAPS i, porém CAPS adi não é mencionado:

Art. 6º Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2002)

O atendimento a crianças e adolescentes é descrito na Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS):

Art. 7º O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial (...)

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as

faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou **crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas**. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou **crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos**. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS i: **atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas**. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. (BRASIL, 2011)

Conclui-se com a portaria acima citada é que o atendimento a este público é realizado de modo desmembrado em três modalidades (CAPS AD, CAPS AD III e CAPS i), portanto a nova modalidade CAPS adi vem colaborar para uma assistência humanizada e especializada voltada a estas crianças em uso de drogas e vulnerabilidade social.

2.3. Compreendendo minha trajetória e o nosso CAPS adi

Ao longo da minha graduação, tive a oportunidade de passar por algumas áreas de estágio e pesquisa. Viver a pediatria me marcou bastante, quando em 2012 realizei um estudo etnográfico com crianças internadas em um hospital público do DF (RABELO, 2012), nesta pesquisa utilizei o brincar como recurso terapêutico no intuito de compreender um pouco do universo infantil e minimizar o sofrimento decorrente da hospitalização. A experiência que tive na área de saúde mental, que foi o estágio curricular de Terapia Ocupacional em um hospital psiquiátrico do DF também no ano de 2012. Estive imersa num cotidiano com um ranço manicomial que me levou a perceber o quanto aquela lógica me incomodava. Lidar com

“pacientes” contidos em macas, vagando atrás de um alambrado, super medicados, vestidos com um uniforme do hospital e ao mesmo tempo despidos simbolicamente de sua humanidade. O cotidiano daquele lugar me movia muito quando interagia com os sujeitos atrás daquelas grades e tentava realizar atividades terapêuticas que pudessem minimizar aquele sofrimento, tanto deles quanto meu. Vivenciar a realidade manicomial materializou o que eu já vinha estudando há um tempo, e a partir daí me tornei uma “militante” de fato, levantando a bandeira da luta antimanicomial no meu fazer diário.

Tanto a experiência na pediatria com crianças hospitalizadas quanto o estágio no hospital psiquiátrico foram fundamentais para que eu escolhesse atuar no CAPS adi, um ambiente interessante para se concretizar os conceitos da reforma psiquiátrica e minha inclinação para lidar com o universo das crianças.

O CAPS adi de Taguatinga fica situado ao lado de uma reserva ambiental, lote o qual é dividido com outros dispositivos da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano e Social do DF (SEDEST). Este local considerado de difícil acesso para transporte público, possui uma equipe composta por 1 psiquiatra da infância e adolescência, 2 clínicas médicas, 2 farmacêuticos, 4 terapeutas ocupacionais, 4 assistentes sociais, 4 técnicos administrativos, 5 psicólogos, 12 enfermeiras e 24 técnicos em enfermagem. Equipe interdisciplinar por atuar em conjunto, diferentemente do modelo biomédico tradicional¹ no qual o médico toma as decisões de modo predominante. Esta equipe é dividida em três “Mini equipes” de referência com base no território, que são compostas por profissionais de todas as categorias, de tal modo que cada caso é contemplado por diferentes perspectivas levando sempre em consideração o território e a rede que a criança ou adolescente está inserido. Nossa atuação envolve: acolhimentos, atendimentos individuais, grupos terapêuticos, dispensação de medicamentos, atendimento familiar, matriciamento, visitas domiciliares, elaboração de relatórios, reuniões de rede, dentre outras atividades.

O acolhimento não é apenas uma modalidade de atendimento, e sim uma atitude que nos dá o caráter de um serviço de portas abertas², isso quer dizer que não importa quando ou como, quem chega será ouvido. Esta postura faz com que a equipe esteja disponível para resolver questões que surgem inesperadamente proporcionando ao usuário e a família a segurança de que alguém se importa e está disponível para ajudar nos momentos difíceis.

¹ Modelo biomédico tradicional é caracterizado pela abordagem biológica, fragmentação e mecanicismo que favorece o uso de intervenções medicamentosas

² Portas abertas é o termo usado na saúde mental para referir-se a diminuição das barreiras de acesso e a disponibilidade que o CAPS tem em receber o usuário

O Matriciamento³ ocorre nas escolas, Conselhos Tutelares, CRAS, CREAS, Atenção Básica e outros serviços. Atualmente, o foco neste CAPS tem sido voltado para escolas, nas quais são trabalhadas questões relacionadas ao uso de drogas, desmistificando alguns preconceitos na tentativa de sensibilizar professores e diretores os levando a uma reflexão sobre como a escola pode se tornar um espaço potencial de prevenção e promoção da saúde. Além disso, quando necessário discutimos casos e levamos informações sobre o CAPS adi, desconstruindo cada vez mais as barreiras de acesso para a comunidade. Professores e diretores estão cotidianamente com essas crianças e adolescentes que muitas vezes começam a mostrar que as coisas não estão indo bem desde cedo. Aprimorando o olhar desses educadores, podemos realizar intervenções cada vez mais precoces e, sobretudo fazê-los se sentirem capazes de lidar com estes tipos de demanda na fase inicial.

Entende-se a rede como nossa principal aliada, sendo o CAPS adi o ponto angular de onde podem sair estratégias e intervenções para o território. O grande desafio nesse sentido é articular a rede, não só de saúde em seus diversos níveis de atenção, mas também a educação, o esporte, a assistência social, a justiça e outros. Sendo assim, é preciso capilarizar informações sobre nossa atuação além de estar com os demais pontos da rede quando se faz necessário.

O Plano Terapêutico Singular (PTS) é um momento crucial para a criança e adolescente assistido no CAPS. Neste momento, lançamos mão das diversas articulações que são feitas com a rede para auxiliar a inserção desta criança ou adolescente em atividades significativas para ele em seu território, não sendo somente um momento para remarcação de atendimentos e consultas dentro da unidade. Contamos com nossos parceiros Centros Olímpicos⁴ para matrícula em atividades esportivas; Conselho tutelar, para matrícula em ensino regular quando há qualquer tipo de impedimento; CREAS e CRAS para inscrição em algum programa social e PRONATEC; dentre outros. O momento do PTS é especialmente importante pois favorece a apropriação destes sujeitos enquanto ser de direitos e escolhas, podendo ele mesmo eleger suas expectativas e prioridades. Dessa forma são realizados os

³ Matriciamento é um modo de produzir saúde no qual, equipes de serviços distintos, num processo de construção compartilhada criam uma proposta de intervenções técnico-pedagógicas, discutindo casos e tecendo possibilidades em conjunto. Teve início na atenção básica, mas percebemos que pode também acontecer em outros serviços a depender da necessidade

⁴ Centro olímpico no DF é um espaço destinado a atividades físicas (em diversas modalidades) dentro da comunidade. Oferece gratuitamente atividades para crianças, jovens, adultos e idosos.

“combinados” com o sujeito e com a família, para que cada um se responsabilize para o alcance das metas. Apostamos no tripé: sujeito, família e rede.

Existem quatro possibilidades de atendimento: acolhimento integral, plano intensivo, semi intensivo e não intensivo. Por este ser um CAPS III (24 horas), contamos com 8 leitos na enfermaria (4 para meninas e 4 para meninos), nos quais os pacientes podem permanecer por até 14 dias por critérios clínicos e\ou psicossociais, na modalidade de acolhimento integral. Nesta modalidade o adolescente dorme, se alimenta e faz todas as suas demais atividades dentro do serviço, além de participar dos grupos terapêuticos e receber medicação. Até hoje, poucas crianças permaneceram nesta modalidade de atendimento. As demais modalidades são selecionadas de acordo com o PTS de cada sujeito, podendo vir ao CAPS todos os dias semana (intensivo), de duas a três vezes (semi intensivo), uma vez por semana ou a cada 15 dias (não intensivo).

3. DESENVOLVIMENTO

3.1. Revisão de literatura

3.1.1. A infância: Breve revisão histórica

A infância assim como concebemos é uma invenção da modernidade, proveniente de uma evolução histórico cultural. Fazer um pequeno resgate histórico desde a idade média pode ampliar o entendimento no sentido de considerar o conjunto sócio cultural e familiar que favorece diferentes modos de viver e perceber a infância.

A preocupação com o conceito de infância e com a criança especificamente como ser com modo de pensar, necessidades e digno de respeito começou a existir a partir do século XVII. Até então elas eram percebidas como adultos em miniatura, o que pode-se observar nas obras de arte que representam as crianças com tamanho e características iguais as de um adulto (FONTANA e CRUZ, 1997)

Até por volta do século XII, a arte medieval desconhecia a infância ou não tentava representá-la. É difícil crer que essa ausência se devesse incompetência ou à falta de habilidade. E mais provável que não houvesse lugar para a infância nesse mundo. Uma miniatura otomana do século XI nos dá uma idéia impressionante da deformação que o artista impunha então aos corpos das crianças, num sentido que nos parece muito distante de nosso sentimento e de nossa visão. (ÀRIES, 1978, p. 39)

Quando a criança possuía algum tipo de autonomia (entre os cinco ou sete anos), ela demonstrava estar apta então para a vida adulta em toda sua dimensão. Passava então a executar funções como as das pessoas mais velhas.

(...) à medida que a criança crescia, ela ia sendo incorporada a vida familiar. Fazia o que já tinha condições de realizar das tarefas adultas e ia aos poucos aprendendo a dinâmica da comunidade. As meninas aprendiam a cuidar da casa, cozinhar, lavar, passar, como as mães. Os meninos aprendiam a profissão que iriam ter como os pais, geralmente as mesmas deles, e iam aos poucos realizando as etapas do trabalho dependendo de suas condições. (SANTOS, 2012, p. 14)

Peloso e Paula (2006) acrescentam que a partir do Renascimento surgem novas perspectivas sobre a criança, bem como a maneira que deveria ser cuidada e educada. Porém, apenas no século XVII surge o sentimento de infância que abarcava as especificidades da criança, que passam a ser percebidas como indivíduos singulares com sentimentos, assim vista individualmente como “ser” enquanto criança, porém ainda não estava preparada para a vida e para as demais atividades. Assim, dos adultos e principalmente dos pais era a função de educar, oferecer a formação espiritual e moral.

Os elementos sócioeconômicos devem ser mencionados também para compreendermos as “diferentes infâncias”, sobretudo devido ao enfoque dado neste trabalho nas crianças em situação de vulnerabilidade. Barbosa e Magalhães (2013) fazem menção à infância “pobre e desvalida” que deste então é vista de modo diferenciado:

desde o século XII até início do século XX, a sociedade vem criando conceitos e modelos para infância, além de mecanismos que a valorizem, principalmente a infância pobre e desvalida, pois de acordo com a obra de Ariès, o sentimento sobre a infância se dá nas camadas mais nobres da sociedade. **Já a criança pobre continua a não conhecer o verdadeiro significado da infância**, ficando assim a mercê da própria sorte. (p.2)

No século XVIII a filosofia lança um novo olhar sob a criança. Furlanetto (2008) indica que Jean Jacques Rousseau é considerado o primeiro a perceber criança enquanto tal, com ideias próprias, e a partir deste filósofo a tendência da educação se fortaleceu no sentido de iniciar-se a partir da criança, das suas capacidades e tendências.

Este percurso aqui sintetizado mostra que muitos elementos influenciaram a mudança da figura e apropriação da criança na história e que este sentimento e conceito foram diferentemente elaborados na sociedade ao longo do tempo, sendo a concepção que possuímos hoje, reflexo de toda esta construção e de um passado carregado de exclusão e desvalorização da cultura da infância e da criança.

3.1.2. A infância brasileira: Políticas para a criança no Brasil

A apropriação da infância no Brasil ocorreu tardiamente, Alves (2007) pontua que a alta mortalidade infantil durante o período colonial influenciou para que isto acontecesse. O mesmo autor resume como brincadeiras aconteciam no período escravocrata no Brasil, que teve influência indígena e africana:

Os meninos de engenho estavam sempre cercados de meninos-escravos, viviam soltos, com os meninos escravos exercendo o papel de leva pancada, nada mais do que uma reprodução, em escala menor, das relações de dominação no sistema de escravidão (...) Frequentemente os meninos escravos viravam bois de carro, cavalo de montaria, burros de liteiras, que eram os meios de transporte da época. Aqui temos um exemplo da relação brincadeira-cultura, sobretudo na função que tem a brincadeira de colocar a criança em contato com o mundo adulto, seus valores e normas. (p.8)

O Brasil é um país miscigenado de povos, português, negro e índio e herdamos muito da cultura produzida por esta miscigenação e não seria diferente no caso das brincadeiras infantis, nota-se também como as relações sociais, econômicas e de poder influenciaram no universo infantil, compreensão que aprimora nosso olhar e percepção da atualidade, todavia é interessante situar aspectos históricos importante do país.

Em decorrência da urbanização, o Brasil passa por intensas transformações e os higienistas se destacam trazendo conhecimentos médicos sobre higiene, controle, prevenção de doenças e etc, definindo diagnósticos, patologias e curas. No Brasil império, as crianças que circulavam pelas ruas causavam estranhamento e desconforto, os médicos iniciam então um trabalho voltado para criança pobre em nome da preservação da higiene e segurança. Neste contexto surgem os primeiros asilos, e em 1875 o Asilo de Meninos Desvalidos e criado para recolher meninos de 6 a 12 anos, onde também receberiam educação e ofícios. (Poletto, 2012)

No final do século XIX, os higienistas introduzem uma nova denominação para **menor e menoridade**, considerando-os crianças e adolescentes pobres, ou seja, os abandonados que viviam nas ruas, mercados e praças dos centros das cidades, muitas vezes cometendo delitos.” (Poletto, 2012, p.25)

A preocupação com a ordem social fez com o que o foco se voltasse para o campo da saúde mental infantojuvenil. Ao descrever o percurso histórico da proteção da infância e da adolescência no Brasil, Rizzini e Rizzini (2004, apud TEIXEIRA 2013) destacam que a reclusão em instituições de assistência foi seu principal instrumento. Estas instituições permaneceram em atividade até o século XX, com a organização processual da assistência à infância e adolescência por meio da ação normativa do Estado.

Em 1922 aconteceu no Rio de Janeiro o “Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância” presidido por Moncorvo Filho, inspirado nas conferências de assistência à infância realizadas na Europa. (WADSWORTH, 1999)

O foco foi voltado para as questões da assistência à infância, tendo apresentado sessões a respeito de Sociologia e Legislação, Assistência, Pedagogia, Medicina Infantil e Higiene. As conclusões e recomendações do Congresso revelam uma forte tendência para a centralização e o controle governamental da assistência infantil pública e privada. Os participantes apelaram para os governantes, instando-os a estabelecer o dia 12 de outubro como Dia Internacional da Criança [...] Sugeriu-se, ainda, a regulamentação dos institutos de assistência à infância, a abolição das rodas dos expostos, o estabelecimento nos locais de trabalho de espaços reservados para que as mães, sem prejuízo dos salários, pudessem amamentar os filhos e a supervisão constante do poder público em relação a todos os aspectos relativos à assistência à infância. O Congresso também propugnou a criação de leis que reconhecessem os direitos das crianças à vida e à saúde, alertando para a necessidade da notificação obrigatória do nascimento [...] (WADSWORTH, 1999, p.9)

O Código de menores

Em 1927 instituiu-se o Código de Menores (Decreto nº 17943-A, de 12 de outubro de 1927), no qual se destaca a nítida criminalização da infância pobre, caracterizada como “abandonada” e “delincente”. Bentes (2007, apud HINTZE, 1999) pontua que dentre os duzentos e trinta e um artigos, “destacava-se a prerrogativa da autoridade competente do Juiz de Menores que abrangem às crianças menores de dois anos abandonadas pelos pais, os

estabelecimentos de recolhimento e internação de “menores”, suspensão do Pátrio Poder e as ações administradas aos menores abandonados,”

Wadsworth (1999) coloca que esta legislação foi produto de décadas de lutas no intuito de proteger as crianças pobres de doenças, das precárias condições de sobrevivência e daquilo que alguns acreditavam ser a ignorância das mães. A população das classes média e alta julgava que o Estado deveria intervir na sociedade e no poder das famílias para proteger os menores e suas mães, sob o pretexto de assegurar a riqueza e o progresso da nação brasileira.

Foi neste Código que o termo “menor” foi utilizado para designar aqueles que se encontravam em situações de carência material ou moral, além dos infratores (HINTZE, 2007).

Sobre o termo “menor”, Jesus (2006) coloca que

data da época do Código Mello Mattos o início da estigmatização do termo menor: como a legislação pretensamente corretiva alcançava apenas os adolescentes das famílias de baixa renda, estivessem eles abandonados, em conflito com a lei ou em situação de risco social, logo os menores deixaram de ser uma categoria de cidadão. Passaram, então por um processo que os reduziu à condição de objetos manipuláveis por seres superiores, ou maiores, de modo que a palavra *menor* incorporou definitivamente um juízo de valor negativo, atrelado à imagem das crianças e dos adolescentes sujeitos, maltrapilhos, supostamente malandros e perigosos, uma redução da condição humana. O menor era (e é) menos cidadão e mais coisa, de onde se diz que passou por um processo histórico de coisificação. (p.19)

O Código de menores foi um marco no sentido de constituir de certo modo, um contraponto ao que voga atualmente na esfera da proteção da criança e do adolescente. Muitos avanços aconteceram e a sociedade começa a olhar estas pessoas, embora ainda não adultas, como sujeitos com direitos e deveres tal e qual. A atual abolição do uso do termo “menor” sinaliza simbolicamente este reconhecimento legal e civil das crianças e adolescentes.

No intuito de organizar o serviço que cuidava e tratava das crianças e adolescentes foi criado o Serviço de Assistência ao Menor (SAM) em 1941, que na verdade se fez uma instituição promotora de violência vinculada a interesses financeiros. Ele foi substituído pela Fundação Nacional de Bem-estar do Menor (Funabem), que teoricamente viria a valorizar o convívio familiar e comunitário mas que ainda possuía no fundo um ranço forte da internação. (TEIXEIRA, 2013)

O olhar para a criança era proveniente de um longo processo que visava assisti-las realizando a institucionalização do cuidado ou criminalizando a infância pobre, gerando um quadro de desassistência, abandono e exclusão. Crianças e adolescentes eram objeto de exclusão por parte das áreas responsáveis pelas ações oficiais de cuidado. A promulgação da Lei 8.096 não conduz por si só a modificação na configuração do modelo da assistência

dirigido a estes novos cidadãos mas possibilita a abertura de uma nova perspectiva que gerou mudanças significativas. (BRASIL, 2007)

O Estatuto da criança e do adolescente (ECA)

No âmbito do universo infantil, pode-se selecionar como o grande marco brasileiro o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que foi instituído pela Lei Federal nº 8.069 de 13 de julho de 1990. A partir de então crianças e adolescentes passam a ser consideradas sujeitos de direitos e devido a sua condição de desenvolvimento precisam ter atenção especial do Estado. Os artigos que a compõe dizem respeito a saúde, educação, proteção, tutela e atos infracionais. O Estatuto da Criança e Adolescente proporciona uma nova postura a ser tomada pela família, pelas entidades de atendimento, pela sociedade e pelo Estado, com o objetivo de garantir os direitos das crianças e adolescentes.

O ECA institui conselhos paritários (governo e sociedade) para a formulação, acompanhamento e controle social da política de atenção à criança e ao adolescente, a substituição da doutrina da situação irregular pela doutrina de proteção integral. O novo enfoque substitui o viés assistencialista pela concepção de uma assistência social voltada à garantia dos direitos básicos. Em síntese, a visão da “criança objeto de atenção e cuidados” cede lugar à da “criança sujeito de direitos”. (PLANO NACIONAL PELA INFÂNCIA, 2010)

Cabe aqui uma breve conceituação, pois para efeitos deste trabalho será considerada criança a pessoa que possui doze anos de idade incompletos, conforme aponta o ECA: “Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, **a pessoa até doze anos de idade incompletos**, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.” (BRASIL, 1990)

3.1.3. O que entendemos por uma criança: O olhar Winnicottiano

Winnicott (1982) pontua que não é comparando o comportamento de uma criança com a outra que chegaremos a um entendimento do que é o normal. É fundamental considerar que a criança inicia sua vida com os sentimentos intensos de ser humano embora seu contato com o mundo ainda esteja iniciando. Somos orientados para que exista um significado e uma ideia do que seja normal. Winnicott define que

uma criança normal pode empregar qualquer dos recursos (ou todos) que a natureza forneceu para defesa contra angústia e o conflito intolerável. Os recursos empregados (em saúde) estão relacionados com o tipo de auxílio que estiver no alcance. A anormalidade revela-se numa limitação e numa rigidez na capacidade infantil para empregar sintomas, e uma relativa carência de relações entre os sintomas e o que se pode esperar como auxílio. Naturalmente, é preciso admitir-se

o fato de que, nos primeiros tempos da infância, é reduzida a capacidade para discernir qual o tipo de auxílio que está ao alcance [...] (WINNICOTT, 1982, p.143)

Um ambiente adequado é fundamental para proporcionar o desenvolvimento saudável da criança e quando este não existe, nota-se que os sintomas nomeados pelo autor (tais como urinar na cama, recusa de alimentos, dentre outros) podem aparecer. Winnicott aponta que a criança contará com os recursos externos para lidar com a angústia e quando este suporte não existe se dá então a chamada anormalidade, pois os sintomas não são empregados adequadamente. Sintomas são recursos que uma criança normal apresenta em circunstâncias apropriadas, numa criança doente acontece que o sintoma não cumpre sua tarefa e acaba se direcionando de modo desorganizado, se tornando assim uma dificuldade. Desse modo, não é sensato acusar crianças que tem um comportamento considerado inadequado na infância como crianças problemáticas, ocorre que a sociedade está tendenciosa a “patologizar” atitudes e comportamentos que não aceitos socialmente.

Sobre a tendência anti-social, Winnicott (1988) define

Quando há uma tendência anti social, houve uma verdadeira privação (não uma privação simples), isto é houve a perda de algo bom que havia sido positivo na experiência da criança até uma determinada data e que lhe foi retirado; esta retirada se estendeu por um período de tempo maior do que aquele durante o qual a criança consegue manter viva a recordação da experiência [...] (p.33)

Monteiro (2009) observa que Winnicott privilegia o ambiente (sua dinâmica e organização) como um dos fatores fundamentais no desenvolvimento emocional do indivíduo. O princípio básico do desenvolvimento maturacional se sustenta, sobretudo na noção de provisão ambiental, que será tomada por ele através do conceito de dependência. Destaca-se assim a “possibilidade de doença não só da constituição em si do indivíduo, mas da condição de saúde do ambiente social no qual cada um está inserido.” (MONTEIRO, 2009, p.146)

Além disso, cabe também uma conceituação importante ainda feita por Monteiro (2009) quanto às reverberações subjetivas das fraturas⁵ no desenvolvimento maturacional. Ele descreve o desenvolvimento emocional de crianças privadas de um ambiente familiar que acaba sendo “marcado por uma interrupção precoce dos cuidados minimamente necessários para um desenvolvimento adequado, tal qual apontado por Winnicott”. As falhas ambientais precoces no desenvolvimento de muitas crianças que são afastados de suas casas e de um zelo afetivo adequado comprometem a sua capacidade de sustentar as frustrações. Sendo assim, entendemos que o uso de substâncias psicoativas em crianças em situação de vulnerabilidade

⁵ De acordo com Monteiro (2009) essas fraturas são relacionadas a privações nos estágios de dependência da criança

pode desempenhar uma função subjetiva diretamente relacionada ao desenvolvimento emocional e às fraturas.

A perspectiva Winnicottiana orienta este trabalho no que diz respeito a definições da criança e a importância do ambiente no desenvolvimento infantil, tendo em vista que esta compreensão se faz necessária ao lançar o olhar sobre as crianças que aqui vamos apresentar. Muitas destas vivenciam a privação no ambiente, a falta dos pais e muitas outras ausências ao longo de sua vida que a influenciam diretamente.

Além disso, é importante mencionar a existência do choque entre a realidade do mundo externo (compartilhada com todos) e a realidade do mundo íntimo (ideias e imaginação da criança) desde o nascimento do bebê, que é aos poucos apresentado aos fatos do mundo externo onde sua expectativa é colocada frente ao que é fornecido, que depende de outra pessoa para vir a existir. “Mesmo a melhor das realidades externas é desanimadora porque não é também imaginária” (WINNICOTT, 1988, p.145). Diversas reações da criança, nomeadas aqui como sintomas, são provenientes deste dilema entre as realidades interna e externa.

As crianças têm diferentes oportunidades no seu desenvolvimento, dadas por seus atributos pessoais (físico e mental) e pelo meio social em que vivem. Conforme diversos estudos demonstraram, podem ocorrer ameaças diretas ao desenvolvimento geradas por problemas genéticos e biológicos adquiridos, embora isso possa ocorrer também pela ausência de oportunidades esperadas. Em síntese, as formas pelas quais se manifesta o risco de dificuldades quanto ao desenvolvimento infantil podem estar relacionadas ao substrato biológico, à continuidade direta ou indireta de entraves ambientais e a processos cognitivos. Portanto, os resultados negativos no desenvolvimento são produzidos pela combinação de fatores de risco genéticos, biológicos, psicológicos e ambientais, geralmente envolvendo interações complexas entre eles. Os fatores mais fortemente associados com a saúde mental da criança são o ambiente social e psicológico, influenciando mais do que as características intrínsecas do indivíduo. É importante ressaltar que os múltiplos fatores envolvidos na determinação dos problemas de desenvolvimento e comportamento são mais dependentes da quantidade do que da natureza dos fatores de risco, visto que diferentes fatores de risco produzem resultados semelhantes. A partir do exposto acima, reforçamos a importância do conceito de riscos múltiplos, cujo efeito cumulativo demonstrou ser de grande impacto no resultado cognitivo e socioemocional da criança. (FIGUEIRAS, 2004, p.105)

Portanto, estas concepções nos ajudam a compreender como estas privações devem ser consideradas de modo que tentativas devem ser feitas no sentido de minimizar suas trágicas consequências.

3.1.4 Uso de drogas na infância: vulnerabilidade, fatores de risco e fatores de proteção

O objetivo do presente trabalho é voltado a crianças em situação de uso de drogas que na maioria das vezes está associado a uma situação de intensa vulnerabilidade social.

A definição sobre vulnerabilidade remete à ideia de fragilidade e de dependência, que se conecta à situação de crianças e adolescentes, principalmente os de menor nível socioeconômico. Devido à fragilidade e dependência dos mais velhos, esse

público torna-se muito submisso ao ambiente físico e social em que se encontra. Em determinadas situações, o estado de vulnerabilidade pode afetar a saúde, mesmo na ausência de doença, mas com o abalo do estado psicológico, social ou mental das crianças e dos adolescentes. (FONSECA et al, 2013, p.259)

Existem certos elementos que podem contribuir para o grau de vulnerabilidade sociais como “acesso aos meios de comunicação, a escolarização, a disponibilidade de recursos materiais, a autonomia para influenciar nas decisões políticas e a possibilidade de enfrentar barreiras culturais e de estar livre de coerções violentas ou poder defender-se delas” (FONSECA et al, 2013, p.259). O conceito de vulnerabilidade foi designado para expandir o olhar sobre os problemas sociais indo além do olhar para os itens materiais. A infância e a adolescência são fases que possuem peculiaridades e muitas vezes a exposição à rua os coloca frente a fatores de risco como uso de drogas e outros, o que os expõe a uma situação de intensa vulnerabilidade, gerando ainda comprometimento à saúde como a dependência química, lesões por acidentes, morte prematura e outros. As vulnerabilidades destes sujeitos revelam-se em violência cotidiana tanto em casa quanto na escola, pois o desemprego, a falta de oportunidade de estudo com qualidade e outros, faz com que essas crianças e adolescentes iniciem muito cedo atividades como trabalho e/ou tráfico de drogas. (FONSECA et al, 2013)

Ainda sobre vulnerabilidade, Gorovitz (1994 apud GAMA, CAMPOS e FERRER, 2014) afirma que é multidimensional, implica em diferenças ao longo do tempo e tem cunho relacional. As pessoas estão vulneráveis e não o são, relacionada a algo em certo tempo e espaço. Olhar para suscetibilidades socialmente configuradas se faz importante para compreensão do que seja vulnerabilidade, pois uma abertura para ações intersetoriais e formação de redes de atenção que integrem a área da saúde com outras áreas relacionadas ao sujeito se fazem importante atitude ao lidar com pessoas nesta situação.

Portanto, o olhar para estes sujeitos que se encontram vulneráveis deve contemplar suas necessidades relacionadas ao contexto e ao território, sendo este um olhar ampliado assim como faz o CAPS.

O consumo de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, parece ter relação com a situação de rua, pois além dos fatores individuais e familiares, o contexto social influencia na decisão de usar ou não substâncias, não sendo obviamente uma regra e sim, uma leitura feita de modo geral. Percebe-se então que, não obstante o potencial reforçador (prazer e/ou alívio) que a substância proporciona auxiliando no enfrentamento da realidade, responsabilizar este potencial unicamente pelo abuso é desconsiderar os diversos fatores abarcados no contexto deste uso (Noto, et al, 2003). Ao observar o fenômeno da drogadição é preciso ampliar a

análise, fatores como condições de vida, fatores de risco, fatores de proteção, família, histórico, dentre outros estão diretamente envolvidos nestes casos.

Assim sendo, Monteiro (2009) faz importante colocação acerca do uso de drogas na infância:

Experiências proporcionadas pelos usos de substâncias psicoativas “podem ser melhor avaliadas quando aproximadas dos objetos líquidos e gasosos que se misturam fusionalmente com o sujeito” (Souza, 2003, p. 5). Tal proposição se sustenta pelo fato de que, ao fazer uso das drogas, as crianças e adolescentes em questão, estariam diminuindo as angústias relacionadas a suas condições existenciais e, assim, através das sensações de prazer e êxtase, estariam vivenciando uma experiência de solidão tal qual vivida no estágio de dependência absoluta. Experiência de solidão que, na trajetória desses indivíduos, não pôde se desdobrar em outros modos de contato com o mundo, de forma satisfatória. No movimento compulsivo de experimentar tais sensações, pode-se vislumbrar uma tentativa de reparação frente a uma história de desenvolvimento caracterizado por falhas ambientais. Sendo assim, é nesse ponto que se percebe uma expressão de esperança no uso de substâncias psicoativas por tal população, pois, o mesmo uso gerador de conseqüências danosas ao indivíduo proporciona uma experiência de solidão que é base de expressão do verdadeiro *self*. Essa experiência de solidão propiciada pelo uso de substâncias psicoativas se configura como um momento no qual a criança ou o adolescente entra em uma modulação que o afasta de um ambiente perturbador e fragmentado onde não existem espaços afetivos para a reclusão, para a reserva psíquica, para uma vivência que não seja ameaçada pelas intempéries do ambiente da rua. (p. 152)

Algumas crianças filhas de pais usuários de drogas, são negligenciadas ou vítimas de maus tratos, estas podem iniciar o uso de drogas aos oito ou nove anos de idade. Crianças em situação de rua são mais vulneráveis a este uso, sobretudo o uso de substâncias como cola de sapateiro, que eliminam a fome e a ansiedade se tornam uma possibilidade de solução para outros problemas que estas crianças enfrentam em seu cotidiano. (NAÇÕES UNIDAS, 2006)

Aqui se faz importante trazer o conceito de resiliência e Rutter (apud LINDSTRÖM, 2001, p.134) faz uma relevante reflexão acerca deste tema. De acordo com este autor, o risco que as experiências apresentavam sobre o desenvolvimento cognitivo e comportamental variava como se um risco fosse mais “perigoso” que outro. Posteriormente, observou-se que embora haja adversidades do ambiente, algumas crianças se desenvolviam normalmente e assim, percebeu-se que não se tratava das propriedades dos riscos, por assim dizer, mas sim de elementos relacionados a pessoa. Mais tarde notou-se que a resistência depende do ambiente e da constituição pessoal de cada um e os fatores de proteção são então relacionados ao impacto dos eventos na vida das pessoas no sentido de serem responsáveis pela alteração e até resistência em resposta a uma situação de perigo e adversidade.

Fator de risco é definido como um componente que determina um aumento da probabilidade de surgimento de problemas. “Pode também ser definido como um fator que aumenta a vulnerabilidade de uma pessoa ou grupo em desenvolver determinada doença ou

agravo à saúde”, (FIGUEIRA, 2004, p.105). Noto e Moreira (2004) afirmam que existem fatores de risco e fatores de proteção os quais frequentemente aparecerem associados ao uso (ou não uso) de drogas. Estes são fatores associados ao risco e não podem ser interpretados como determinantes, e nem podem ser considerados isoladamente como indicativos de abuso de substâncias, pois esta associação acontece devido a múltiplos fatores e situações, variando de acordo com as características sociais de cada população.

Entre os fatores de caráter individual estão a auto-estima, a autonomia, a tolerância à frustração, a religiosidade, os aspectos cognitivos, entre outros. Os sociais incluem questões relacionadas à inserção cultural, condição socioeconômica, vínculo escolar, vínculos familiares e/ou estabelecimento de uma relação de cuidado com um adulto de referência (dentro ou fora da família), entre outros. (Noto *et al*, 2004)

As intervenções com crianças e adolescentes em uso de drogas devem contemplar os fatores de risco e proteção, pois estes apontam o caminho para o qual são direcionados muitos dos objetivos e metas do acompanhamento no CAPS. Conforme apontado acima, estes fatores não são determinantes mas influenciam de modo direto na saúde do sujeito. Podemos considerar que as crianças das quais falaremos neste trabalho, não se encontram em dependência química propriamente, sendo este uso de drogas feito devido a situações de vulnerabilidade, contudo necessitam de assistência no âmbito da saúde mental que atendam as demandas.

3.2. A perspectiva da saúde mental infantojuvenil e o dispositivo CAPS adi

A assistência a crianças e adolescentes no contexto da saúde mental tem sua origem na superação do modelo manicomial que encontra ressonância nas políticas de saúde do Brasil que por sua vez teve um marco teórico e político primeiramente na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), culminando na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) e em 2005 a Declaração de Caracas. (HIRDES, 2009)

A partir destes marcos, a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, quais sejam: redes de atenção à saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, residências terapêuticas, respeitando as particularidades e necessidades de cada local. As iniciativas dos municípios, em que pese a vontade política dos gestores municipais, passaram a ser ressarcidas através das portarias ministeriais, objetivando o deslocamento dos recursos para modalidades alternativas à internação psiquiátrica e compatibilizando os procedimentos das ações de saúde mental com o modelo assistência. (HIRDES, 2009, p.298)

O conceito de desinstitucionalização construído com a importante contribuição de Franco Rotelli, diz respeito a “desconstrução de comportamentos e práticas postos a serviço

da disciplinarização dos corpos, da rotulação e da estigmatização dos loucos ou, dito de outra forma, daqueles que são movidos por outras razões”. (PADILHA e MORAES, 2010, p.2). Desinstitucionalizar favorece meios que incentivam relações humanas autênticas e espontâneas, desmontando os dispositivos utilizados nos quais se encontravam naturalização das desigualdades e da banalização da violência. (PADILHA e MORAES, 2010)

A atenção à criança e ao adolescente em situação de uso de drogas, concordando com a política de saúde mental brasileira, propõe novas estratégias para além dos muros das instituições, rebatendo o passado de assistência higienista e de assistência excludente encontradas no interior de abrigo e hospitais psiquiátricos de todo o país. Teixeira (2013, apud AMSTALDEN, HOFFMAN e MONTEIRO, 2010)

Couto, Duarte e Delgado (2008) colocam que houve uma inclusão tardia da saúde mental infantil e juvenil na agenda das políticas de saúde mental que pode ser atribuída aos vários problemas relacionados à saúde mental da infância e adolescência que

incluem desde transtornos globais do desenvolvimento (como o autismo) até outros ligados a fenômenos de externalização (como transtornos de conduta, hiperatividade), internalização (depressão, transtornos de ansiedade), uso abusivo de substâncias, e demais. Além da sintomatologia, há considerável variação no período de incidência - alguns transtornos eclodem na infância e outros apenas na adolescência -, e nos tipos de prejuízos relacionados, adicionando complexidade à avaliação diagnóstica e situacional. Nesta população, a formulação de um diagnóstico de qualidade exige procedimentos de avaliação específicos que incluem, além das próprias crianças e adolescentes, o recurso a fontes de informação diversas, como familiares, responsáveis, professores, e outros. (COUTO, DUARTE e DELGADO, 2008, p.391)

A lógica do cuidado voltada para o público infantojuvenil quanto ao uso de álcool e o de outras drogas é direcionada no CAPS adi. Público este que recebe rótulos e é vítima de rejeição social por diversos motivos. Acolhê-los na lógica da reforma psicossocial envolve oferecer uma nova oportunidade onde ele tem direito e autonomia para reescrever algumas páginas de sua vida, assumindo com protagonismo um novo estilo de vida. Espaço este onde ele não é rechaçado, nem discriminado e sim acolhido.

Silva (2011) faz importante colocação sobre os serviços públicos de saúde mental nos quais chegam várias crianças e adolescentes “designados como desobedientes, atrasados, maconheiros, esquisitos, retardados...”, demandas estas que na maioria das vezes são impostas pelo outro (outro social, escola, família, sociedade) para quem estas crianças e adolescentes podem representar problemas os reduzindo a apenas um rótulo, sem considerar sua singularidade. O ser criança remete a cuidados especiais e a olhares especializados alinhados na perspectiva de atendimento integral.

4. DISCUSSÃO

4.1. Primeiro momento - As crianças e o fenômeno da drogadição: Descrevendo nossos pequeninos

Qual é o nosso público afinal? Crianças e adolescentes até dezoito anos incompletos que apresentam algum tipo de dificuldade (física e/ou psicossocial) em decorrência do uso de drogas. Essa fatia da população comumente é alvo de rótulos e preconceitos, principalmente pelo fato do uso poder ter relação com o ato infracional. Porém, todo sujeito que chega comunica alguma coisa, sendo o uso de drogas um sintoma de que algo ali não está bem. A leitura do fenômeno da drogadição tem amadurecido no campo da saúde mental infantojuvenil, na qual percebemos que a chamada “Guerra às drogas” não deve mais ser nossa meta principal, mas entender o uso de drogas como um fenômeno complexo através da estratégia da Redução de danos⁶. Orientados por esta lógica, olhamos para o sujeito que chega, muitas vezes desapontado por ter sido encaminhado por algum órgão da justiça, ou enfurecido com os pais por estarem o obrigando a vir cuidar da saúde, ou quem sabe, desesperado por não ter o que comer nem onde dormir, com sua vida desmantelada na ausência da família, do cuidado, do afeto, da escola e da proteção. Percebemos que estas crianças, diversas vezes, estão privadas de tudo que mais precisam para se desenvolver plenamente.

Com relação a criança, são poucas que efetivamente chegam ao CAPS adi. Desde a inauguração do serviço cerca de vinte crianças foram acolhidas e destas, cinco permanecem ainda em acompanhamento. Tendo em vista sua situação de desenvolvimento e sua proteção, o olhar do profissional precisa ser distinto e humanizado. As crianças podem chegar acompanhadas pela mãe, por algum representante do Estado (Conselho tutelar, abrigo e etc), ou até mesmo sozinhas. No que se refere ao uso de substâncias psicoativas, a grande maioria experimentaram inalantes, maconha, bebidas alcoólicas e cocaína. Ao relatar os casos de crianças, o sentimento fica evidente na expressão de profissionais que são mães, pais, irmãos, madrinhas... Como dar voz a este “serzinho” que as vezes não consegue elaborar direito as palavras mas que já sabe muito bem como o mundo pode ser frio e cruel.

Muitas vezes, estão com baixa auto-estima, sentem rejeição, tristeza, são vítimas de negligência e violência (física, psicológica ou sexual), convivem com pessoas mais velhas que

⁶ Estratégia de Redução de danos é a abordagem utilizada nos CAPS AD que foca o sujeito e não a droga. Nesta estratégia o princípio imediato e obrigatório não é extinção do uso de drogas, sendo necessário fortalecer a autonomia e o protagonismo da pessoa para qualquer intervenção. A estratégia de redução de danos não exclui a abstinência como meta, entretanto a abstinência não é a única meta possível.

podem usá-las para conseguir proveitos na rua, sendo expostas ao frio, à fome, a péssimas condições de higiene e saúde, não tem acesso a escola nem a um lugar minimamente confortável para descansar, utilizam roupas já usadas, por vezes maiores ou menores que seu corpo, ou rasgadas e sujas. Este é o tipo de infância que é presente no cotidiano do CAPS adi.

Para a criança que está neste serviço de saúde, é natural que aconteça um estranhamento e às vezes até uma recusa de manter contato. Entretanto, a partir do momento que eu lanço mão da caixa de ferramentas⁷ comunico numa outra linguagem que eu a compreendo. Esta caixa possui elementos que proporcionam vínculo, permitem a expressão e o alívio de tensões. Quer sejam eles, desenhos, brinquedos, lápis de cor, livros de histórias, massa de modelar, jogos como quebra cabeça, jogo da memória e cubos de encaixe que podem proporcionar uma aproximação única do universo infantil com o universo do cuidado. Estar em uma sala na qual a criança é orientada a organizar os brinquedos depois que utiliza, pedir para sair em qualquer circunstância, não riscar as paredes quando quer, dizer palavras mágicas⁸ quando alguém faz algo por ela, é a materialização da influência do *holding*⁹ que o CAPS adi pode oferecer.

A perspectiva de convivência é transversal, sendo nosso dia a dia, uns com os outros, a mais importante ferramenta de trabalho. Assim, assistir um filme, jogar uma bola, um dominó, jogar totó¹⁰, dentre outras atividades muito simples, faz com que aqui eles possam conviver e não apenas frequentar como um serviço formal de saúde onde é necessário ter hora marcada para chegar e sair. Apostamos nisto, pois favorece a aproximação com profissionais e com o serviço, proporcionando o vínculo terapêutico e novas invenções compartilhadas, onde ao estar com o outro eu posso ousar novos modos de ser e estar com ele, sendo o CAPS o espaço privilegiado para que esta troca aconteça.

Os grupos terapêuticos especificamente, não recebem muita adesão do público que atendemos. Diversos investimentos são feitos por parte da equipe em arquitetar e propor atividades que vão desde oficina de teatro até oficina de flores de fuxico¹¹, e o desafio

⁷ Caixa de ferramentas aqui diz respeito aos diversos recursos que o terapeuta pode utilizar com a criança.

⁸ Palavra mágica é o termo usado para designar palavras de boas maneiras, tais como “Obrigado”, “Com licença”, “Por favor”, “Desculpe” e etc.

⁹ Para Winnicott (1993, p.26) o *holding* é como a fase em que a mãe protege o bebê da agressão fisiológica. Inclui a rotina completa do cuidado dia e noite adequadamente. Um holding deficiente produz extrema aflição na criança. No sentido utilizado no texto, indica um ambiente seguro que supre necessidades.

¹⁰ Jogo de totó é um jogo de futebol que acontece em uma mesa na qual se manipula os jogadores presos a manetes

¹¹ Flor de fuxico: flores artesanais feitas com retalhos de pano e fechadas com um botão no centro

permanece: como alcançar a compreensão do nosso público de motivá-los o para estar convivendo conosco. Não foi possível montar nenhum grupo de crianças especificamente, por serem poucas e por priorizarmos o horário da aula, estas poucas também acabam desencontrando as disponibilidades. Dessa forma, as crianças são então atendidas individualmente, porém, algumas vezes participam dos grupos de convivência e fazem trocas com os adolescentes, as quais possibilitam “aconselhamentos” por parte dos mais velhos que vivenciaram situações complexas, para que os pequenos tomem decisões diferentes das que eles tomaram. Esta comunicação é dinâmica, ao viver algo em comum, um se aproxima do mundo do outro, e este é um elemento de muita valia nos espaços de convivência proporcionados no CAPS, isto é o “estar com”.

Conviver no espaço CAPS envolve regras e limites. Esse *holding* oferece possibilidades que não existem em espaços como a rua, por exemplo. Bater na porta antes de entrar, jogar lixo na lixeira, ter horário para refeições, tomar banho e seguir regras básicas de convivência implicam neste sujeito o reconhecimento deste espaço como uma nova possibilidade de lidar e compartilhar com o outro, apresentando novos modos de estar no mundo, já que crianças e adolescentes também são sujeitos de deveres. Não existe uma punição para quem descumpra, de modo que os acordos são feitos com base na confiança e caso descumpridos, trabalhamos estes motivos através do diálogo. Winnicott (1993) indica que as crianças necessitam de quem lhes imponha um certo controle e os indivíduos que impõe esta disciplina podem ser amados ou odiados. Esta relação que envolve controle e segurança, sempre abre possibilidade para o crescimento, para que possa ser trabalhada a dimensão subjetiva na formação de valores solidários, afetivos e habilidades para vida entendendo-os como sujeitos de direitos e deveres.

É preciso ainda cuidar de pessoas fundamentais neste processo: as famílias. As mães chegam muitas vezes desesperadas, sem saber o que fazer e encontram no CAPS um suporte para alcançar novas possibilidades ao lidar com o filho. Uma mágoa pode surgir, por “oferecer tudo para ele” e não entender o motivo que o levou a começar o uso de drogas. Outro sentimento muito comum entre famílias é o da culpa e nós então tentamos mostrá-los que a culpa os paralisa e que a melhor estratégia nesse momento é a responsabilização para então seguir em frente e não ficar paralisado no “Onde foi que eu errei”. Para tanto, são realizados grupos multifamiliares que são um espaço rico de troca de experiências entre os pais. Ao escutar a vivência do outro que se assemelha com a dele, é possível se reencontrar, elaborar e propor soluções possíveis para as situações concretas em parceria com os profissionais.

Uma realidade paralela é a ausência de família das crianças que estão abrigadas. De acordo com a SEDEST (2012) os serviços de acolhimento institucionais são considerados

“serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade os quais oferecem atendimento a famílias e indivíduos que se encontram em situação de abandono, ameaça ou violação de direitos, necessitando de acolhimento provisório, fora de seu núcleo familiar de origem.” Nestes casos, os desafios são maiores para trabalhar laços de afetividade e formação cidadã.

4.2. Segundo momento - Inserir, observar, intervir e refletir: Contando a nossa história...

Me lembro do primeiro dia que cheguei ao CAPS com minhas colegas entrando com o pé direito naquele que seria meu primeiro local de trabalho como Terapeuta Ocupacional. Vindo de uma carreira acadêmica de intervenção com crianças, este se fazia um novo e delicado desafio. Seria o primeiro serviço desta natureza no Distrito Federal, não tínhamos muito onde aprender e onde observar, o jeito foi aprender fazendo. A equipe não esperava que chegassem muitas crianças para atendimento, porém elas foram praticamente as primeiras a aparecer.

Quando uma criança chega ao CAPS eu experimento uma sensação inusitada que me move pessoalmente e profissionalmente. Algumas chegam agitadas, quebrando tudo (às vezes literalmente), outras caladinhas e com medo. Minha função enquanto profissional é acolher esse olhar, essa dor que muitas vezes não é expressa de modo visível e só pode ser captada com muita sensibilidade e disponibilidade. Esta percepção deve transcender o olhar de vitimização normalmente lançado sobre estas crianças que mesmo na situação de fragilidade em que se encontram, não devem ser tratadas como “coitadinhas” e sim como sujeitos de direitos e possibilidades.

O encontro com as crianças às vezes gera sorrisos e falas como “Eu estava com saudade, tia!”, posso até ganhar presentes: flores, desenhos, balas e insetos que representam o afeto e a certeza de que de algum modo, já me tornei parte do mundinho deles. A perspectiva de atividades integradas com a equipe e a construção de regras de convivência, indicam algumas mudanças no comportamento destas crianças, antes chegando bravos e de cara fechada, depois de um tempo começam a interagir com mais pessoas de modo natural. Este é um sinal de que a familiaridade com este ambiente devido a vinculação e a sustentação que esse *holding* ofereceu alcançou o objetivo. A minha função e da equipe é minorar o sofrimento e os riscos de vida relacionada ao fenômeno drogas, mesmo sem o entendimento total da realidade que se apresenta e isto, por meio das brincadeiras, de uma história apostando na plasticidade da criança, no potencial que o positivo pode gerar e contribuir para o fortalecimento desse sujeito na construção de sua vida.

Para implementar o projeto do cuidado, me aproprio de novos conceitos e ressignifico outros. Reflito sobre estas crianças em diversos momentos: que extremo de vulnerabilidade as leva a experimentar\fazer uso de drogas? Uma criança estaria buscando um barato¹²? Que necessidade humana seria esta? A compreensão deste fenômeno é complexa, mas entendo que o ambiente familiar, especialmente a figura materna são peças fundamentais para que a vulnerabilidade psicossocial se instale e o uso de droga se faça de fato. Me lembro de Vasconcelos (2001), quando diz que a família é o local privilegiado de vivência da intimidade, de catarse, às vezes da violência, das frustrações, desejos e ilusões. Não há que se definir neste trabalho um modelo ideal de família estruturada, ou ditar formas as quais as famílias devam seguir, entretanto a mãe suficientemente boa¹³ é essencial para o desenvolvimento afetivo saudável da criança.

Os pequeninos precisam de um espaço acolhedor que lhe ofereça suporte afetivo. Podemos pensar na figura de um pai, mas podemos pensar também na figura de um traficante. Por ainda estar em desenvolvimento, muitas destas crianças ainda não estão plenamente estabelecidas para dizer “sim” ou “não”, pois não tem patrimônio¹⁴ vindo da família para entender o que faz bem e o que faz mal. Assim, acabam muitas vezes sendo influenciadas pelo meio, pelos colegas (mais velhos algumas vezes) e acabam encontrando nas drogas formas de lidar com a dor e o sofrimento. Algumas das crianças atendidas no CAPS não possuem comprometimento severo com o uso de substâncias psicoativas, sendo o uso de droga muitas vezes uma casualidade do estar na rua. Contudo, cuidar dessas crianças é um ato transformador do próprio CAPS, no âmbito da promoção e prevenção da saúde, nos levando a transformar dificuldades em desafios.

Nosso CAPS adere a algo que podemos chamar de “Política do abraço”, isso significa que quando e sempre que necessário e possível, os profissionais abraçam os pacientes. E não somente abraçar, oferecer um sorriso, um “Bom dia”, um “Bem vindo”, um aperto de mão, um toque no ombro como quem quer dizer: “Estamos com você”. Algumas crianças fogem, recuam, estranham, outras simplesmente abraçam e entendem essa nossa linguagem não verbal.

¹² Barato é o termo utilizado para exprimir a sensação que a droga traz ao usuário

¹³ Mãe suficientemente boa se define pela adaptação praticamente total às necessidades do bebê nos primeiros meses de vida fazendo uma sobreposição entre as necessidades do bebê e as supridas pela mãe, dando ao bebê a sensação de que o objeto é criado no momento em que ele necessita. Com o passar do tempo adapta-se cada vez menos às necessidades do bebê que começa a adquirir capacidade de tolerância de ausências. Karanguilla (2013, apud WINNICOTT, 1990)

¹⁴ Patrimônio aqui se refere ao conjunto de valores e habilidades sociais que são ensinadas pelos pais aos filhos ao longo da criação. Precisa de reforço para se consolidar e confere às crianças possibilidade de negar o que os pais dizem que é ruim e aceitar o que os pais dizem que é bom, por exemplo.

Não há uma resposta uniforme. O fato é que esta estratégia tem sido ponte de acesso para muitos sujeitos que passam por aqui, pois muitos estão vindo da rejeição causada pelo estigma¹⁵ e preconceito sofridos na rua ou na família devido ao uso de drogas, como se o fato de fazer este uso o diminuísse enquanto pessoa e que o fizesse indigno de afeto. Esse resgate e acolhimento geram resultados positivos em nosso cotidiano, sobretudo no que diz respeito a vinculação com o serviço e com os profissionais. Tendo este vínculo, conseguimos com o tempo alcançar outras metas.

Um pronome de tratamento muito utilizado no CAPS é o “tia”. E quando corrigimos: “Meu nome é Fulana”, ouvimos a resposta, “Então tá, Tia Fulana”. Algo reproduzido da escola, ou de qualquer local onde as pessoas não se chamam pelo nome. Este “tia” vem talvez carregado de generalização, responsabilização, hierarquia e porque não dizer, algumas vezes carregado de carinho.

A rede de saúde mental infantojuvenil no DF ainda está se consolidando e muitas vezes abrir mão de certos pacientes para encaminhá-los a serviços que possuem uma fila de espera de quase um ano significa jogá-los a própria sorte. As demandas devem sim ser divididas e cada um cuidar de sua respectiva esfera de atendimento, porém às vezes pelo bem do paciente, pela vinculação, pela acessibilidade, precisamos deixar as burocracias de lado em detrimento da proteção a vida e estar com ele.

4.2.1. É hora de brincar!

Realizo muitos destes atendimentos em parceria com uma colega psicóloga. Cada uma com seu ponto de vista e abordagem profissional que somam para a realização de atendimento integral. Pensando na perspectiva do CAPS que possui uma abordagem interdisciplinar, a união de formações distintas enriquece a prática.

Oferecer uma casa de brinquedo com bonecos e poder assistir através deles a versão das histórias vividas pelas crianças é uma experiência terapêutica fantástica. A família está dormindo dentro da casa a noite quando de repente chega um ladrão e rouba os móveis, em seguida (na lógica da criança) chega o policial para salvar a família, e então prender o bandido que fez maldade. Outras vezes, o bandido se torna uma pessoa legal, pois é corajoso e não tem medo de nada. Nesta brincadeira, o pai pode dormir abraçado com a mãe porque eles são casados e o filho recebe palmadas e fica de castigo porque fez coisa errada. Brincar de família

¹⁵ Estigma é um termo cunhado por Goffman (1963) que diz respeito a sinais que a pessoa transmite sobre ela, uma informação social que a marca por alguma característica (física, psicológica ou social) como alguém em desvantagem.

é assim, tudo pode e tudo aparece. A atitude e escolha dos objetos e das brincadeiras sempre parte da criança, eles se fazem sujeitos ativos dentro de cada intervenção no CAPS, o resgate do protagonismo se faz um meio e um fim das atividades. No término, é hora de guardar os brinquedos!

A figura do Super Herói das histórias em quadrinhos e filmes (Homem aranha, Hulk, Super homem e etc) é presente no conteúdo das brincadeiras se tornando uma identificação muito simbólica para estes meninos. A autorização que o Super Herói tem no universo infantil, permite que a criança faça de conta que tem poderes ilimitados fazendo com que ela flutue entre a imaginação e a realidade.

Um livro de estórias se torna uma caixa de surpresas, quando ao sentar no chão junto comigo, eu leio e a criança viaja olhando as ilustrações do livro do “Patinho feio” que é um pato diferente, um patinho excluído que tem muitas coisas em comum com ela. A história fomenta um espaço imaginativo de muita riqueza onde viajar é preciso. O momento fica mais criativo ainda quando pegamos a massa de modelar e fazemos nossos próprios personagens, uma bolinha pode ser uma pessoa, um pedaço de massa torcida pode ser um cachorro e assim vai, fazemos nossa própria história.

Uma folha qualquer se torna um mundo inexplorado para uma criança com lápis de cor na mão. Afinal, podem comunicar o que quiser através de rabiscos, formas geométricas, pessoas, animais e muito mais. O desenho também pode ser um excelente presente para mães, tias do CAPS, tias da escola ou quem quiser. Pude observar desenhos com conteúdos fortes, mãos sujas de manchas vermelhas, desenho de genitálias, cores fortes e sombrias, formas deformadas, um pote de tinta derramado por inteiro em uma folha de papel juntamente com diversas outras cores, elementos que podem demonstrar uma explosão de sentimentos.

A atividade lúdica se aproxima do universo infantil, por exemplo, quando crianças com vivência de rua pegam materiais recicláveis como caixa de leite, embalagem de ovos e outros itens para construir seus próprios brinquedos, podendo juntar pedaços formando um único objeto que pode demonstrar uma reconstrução literal e simbólica. A liberdade, o poder fazer estando com o outro e o *holding* no momento do brincar proporcionam experiências transformadoras.

O brincar no contexto dessas crianças se torna ainda um resgate, por assim dizer, desta infância que devido às adversidades enfrentadas tão precocemente, acabam “adolescendo” e “adultecendo”¹⁶ antes da hora. A agitação muitas vezes é o reflexo destas vivências, e pode ser

¹⁶ Adolescer e adúlter: verbos aqui designados para indicar o processo de se tornar adolescente e de se tornar adulto

percebida assim que alguns meninos chegam. Uma angústia do desconhecido, medo, por passar por mais uma instituição cheia de gente grande que decide a vida deles. O mundo não é um ambiente acolhedor às necessidades específicas de cada pessoa e esta relação com o externo gera uma tensão que pode ser aliviada por uma área intermediária de experiências que é o espaço transicional¹⁷ o qual faz a mediação entre o mundo interno e externo. (KARAGUILLA, 2013). Isto é possibilitado pelo brincar em potencial terapêutico e criativo.

O potencial criativo contribui para que meninos antes vistos como “atentados” e “difíceis” passassem a ser olhados como crianças que sabem fazer coisas, que tem qualidades e que são valorizadas por isso. Quando eles levam pra casa os brinquedos produzidos por eles mesmos em atendimento e ouvem elogios até então pouco ouvidos, o sorriso logo aparece no rostinho.

O acesso a conteúdos relacionados ao uso de drogas pode ser feito por meio de imagens e fotografias. Utilizamos a figura de um cigarro de tabaco que especificava cada ingrediente que continha ali, alguns como “veneno de rato”, formol que conserva “pessoas mortas”, amônia, naftalina e outros. Aquelas informações impressionaram a criança a ponto de ela querer desenhar uma igual para levar e mostrar para seus colegas. Esta intervenção alcançou sua imaginação, vendo o ratinho e o veneno, o líquido que fica em pessoas mortas e etc, e assim acessou o que a criança reconhece como próprio de seu universo.

Os fantoches de personagens de histórias como bruxa, princesa e príncipe, são outros instrumentos que utilizamos e que despertam bastante interesse nos pequeninos. Tanto, que quando não levamos a bruxa para a sala, ouvimos diversas vezes “Cadê a bruxa, tia?”, e essa figura especificamente é alvo de diversas ações e sentimentos das crianças, como castigo, prisão, raiva, ressentimentos e mágoa. “Ela não merece perdão pelo que fez”, foi algo que ouvi mais de uma vez. Na figura da vilã dos contos de fada a criança pode expressar os sentimentos que teve com alguém que foi malvado, assim como a bruxa é. Agora através do brincar, existe a oportunidade de se defender. Estas experiências adquirem significado e são então compreendidas e interpretadas com os recursos internos que a criança possui.

O potencial criativo pode oferecer uma sensação de prazer e paz que é proveniente da permissão de poder se relacionar com o mundo sem submissão. Neste contexto o indivíduo faz escolhas nas quais ele desvenda sua liberdade como um modo de responsabilidade pessoal. (KARAGUILLA, 2013)

¹⁷ Espaço transicional é o termo designado por Winnicott (1993) para definir o espaço entre a realidade interna e externa do indivíduo. É o local onde o simbólico adquire significados e a realidade externa passa a ter sentido para a pessoa.

Jogos pedagógicos proporcionam várias surpresas. Muitas destas crianças estão atrasadas em relação ao ano escolar e o investimento em jogo da memória, jogo de numerais, letras, conceitos, cores, associação de objetos com letras; jogos de raciocínio lógico, como dama; jogos de montar como lego e quebra cabeça, dentre outros, acontece com frequência nos atendimentos. Mencionei a palavra “surpresa” porque muitas vezes a dificuldade com as letras desaparece na atividade, e a criança consegue então escrever o nome e associar cada letra com algum objeto respectivo que comece com a mesma letra. O menino considerado agressivo em sala consegue jogar uma dama, perder e não ficar zangado por isso, as vezes até sorrindo da situação. Esta plasticidade e outro modo de agir nas situações são elementos que reforçamos dia a dia em nossos atendimentos como novas maneiras de estar no mundo.

Nesse sentido, reuniões nas escolas com professores e diretores também são feitas no decorrer do acompanhamento no CAPS. Ir até eles que estão no cotidiano com a criança e desmistificar alguns preconceitos, mostrando outra perspectiva do fenômeno muitas vezes é algo que muda a história dela. Nossos meninos são por muitas vezes “o menino problema” devido a desobediência, agressividade com o outro, rendimento escolar ruim, família ausente, dentre outros aspectos, sendo assim um aluno que muitas vezes querem encaminhar para outra escola ou até mesmo expulsar. O fato é que realmente, numa realidade onde se tem 30\40 alunos em uma sala de aula, somado a esta criança que apresenta comportamento difícil, não é uma tarefa muito fácil para o professor. Porém, a escola possui um potencial de promoção da saúde surpreendente que muitas vezes não é aproveitado. O senso comum aponta que o aluno “ruim” pode prejudicar os demais, mas o quanto os demais podem trazer uma vivência nova e positiva pra esse que está com dificuldades? Isso é promoção da saúde. Aproveitar a energia e o potencial que eles têm, canalizando para atividades para as quais eles tenham interesse e facilidade, como artes, música, futebol, jogos diversos e etc. Assim, as discussões de caso com a rede de ensino tem sido uma intervenção bastante eficaz onde vemos a ramificação do CAPS no território e a intervenção integral.

Nosso CAPS fica em uma região com muita vegetação, o que proporciona atividades como horta e jardinagem. O investimento com plantio também foi feito com estas crianças: elas plantam e tem a responsabilidade de olhar e cuidar da plantinha a cada atendimento. A materialização deste cuidado fomenta responsabilização por outra vida, pelo bem estar de um ser vivo que precisa da água que ela dá para viver.

Quando volto de férias, recebo certa frieza nos atendimentos como uma forma de dizer “Não me abandone mais”, “Porque você tem que entrar de férias, tia?”. É uma vinculação muito singular a que a criança faz com o terapeuta em um CAPS. Este serviço já encontra um

espaço na agenda semanal delas e quando das férias do profissional de referência, outro profissional muitas vezes atende para não dar tanto tempo sem atendimento, porém, vínculo é algo que não se substitui, é algo que se conquista. Já experimentei o cuidado deles quando estava com um machucado evidente e prontamente recebi uma oferta de curativo “Tá doendo tia?” apontando dedinho disponível para ajudar. O investimento na presença do outro permite uma área intermediária de experiência onde há um encontro entre as subjetividades que tem um potencial transformador.

As atividades apontadas são realizadas com diversos objetivos, a depender da criança e do seu momento. Saliento que além de intervir diretamente com relação ao uso da droga, o contexto e o plano de fundo deste uso também é nosso foco, justamente porque nossa abordagem é integral e leva em consideração os multifatores envolvidos no uso da substância psicoativa. Quando a partir da vinculação, podemos entender outros aspectos da criança através do brincar e acessamos sua subjetividade no *holding*, percebemos a complexa dinâmica deste fazer com estes meninos e meninas.

A plasticidade infantil é muito marcante nestes momentos relatados. Nós somos facilitadores de um processo que é do outro e esta descrição vem para reforçar o quanto podemos conduzir esse potencial que existe em cada criança, embora todo sofrimento, violência e traumas vivenciados. No espaço que juntos construímos para brincar e criar, o sentimento de reconhecimento do terapeuta pode trazer a chance desta criança ser valorizada e então possibilita outras referências advindas dela e não mais referências de um elemento mediador tal qual a substância psicoativa.

4.3. Terceiro momento: O espelho prático teórico: Onde o nosso fazer reflete na teoria

As experiências descritas com as crianças no CAPS adi demonstram que a droga, muitas vezes, é o elemento mediador do indivíduo com o mundo, que serve também como referência e como ponto de orientação em seu cotidiano (KARAGUILLA, 2013), e o nosso desafio é construir junto com a criança novos fazeres e novas referências. Tendo como referência Winnicott (1975), temos que atuar no sentido de trazer o paciente para um estado que seja capaz de brincar. Diversas vezes, a criança chega sem saber o que gostaria de nos comunicar e sem saber o que gostaria de fazer. Nós então a ajudamos a abrir as possibilidades de interação, seja através de um desenho, ou de um boneco, ou de outro brinquedo. Nesse sentido, as terapeutas auxiliam no incentivo e no resgate desse papel ocupacional (RABELO, 2012) que é fundamental para o desenvolvimento infantil saudável e que por vezes, fica comprometido devido a circunstância de vulnerabilidade em que elas se encontram.

Através do desenvolvimento de atividades como desenhos, histórias e brincadeiras infantis podemos vislumbrar uma parte do universo interior da criança que deve ser considerado. Podemos esperar que surjam pessoas reais e imaginárias (animais e objetos), inclusive sendo necessário fingir que também vemos o que ela diz que vê, pois não podemos exigir que a criança tenha atitudes de uma pessoa adulta. Na perspectiva de Vygotsky (2007) a criança assume papéis na brincadeira e se submete a regras agindo de forma significativa, sendo levada a tomar decisões e fazer escolhas conscientes, pois ela atua com os objetos mas vai além da dimensão da relação humana.

Para Freud (1976), ao brincar a criança pode experimentar o que quiser, sem limitações e pode ser tudo nesse faz de conta, estando o brincar assim relacionado ao princípio do prazer.

Apesar de toda a emoção com que a criança catexiza seu mundo de brinquedo, ela o distingue da realidade e gosta de ligar seus objetos e situações imaginados às coisas visíveis e tangíveis do mundo real. Essa conexão é tudo o que diferencia o “brincar” do “fantasiar.” (p.147)

No atendimento de crianças em vulnerabilidade e uso de substâncias psicoativas, o brincar favorece expressão de sentimentos relacionadas à suas experiências. Por ser uma atividade fundamental para o desenvolvimento psicológico, físico e social da criança, proporcionar o brincar em terapia se faz fundamental, pois fortalece autonomia e autoconfiança no lidar com o outro. O acesso a intenções, atitudes, sentimentos e vivências se materializam nas brincadeiras, além de ser terapêutico por si, ainda traz elementos para o terapeuta elaborar ao longo do tempo com a criança.

O brincar tem um lugar e um tempo. Não é dentro, tampouco é fora, o que equivale a dizer que não constitui parte do mundo do não-eu, aquilo que o indivíduo decidiu identificar (até mesmo sofrimento) como externo, fora do controle mágico. Para controlar o que está fora, há que fazer coisas, não simplesmente pensar ou desejar [...] Brincar é fazer. (WINNICOTT, 1975, p.14)

Segundo Piaget, pelo fato de a criança não conseguir suprir suas necessidades afetivas e intelectuais no processo adaptativo ao meio adulto, ela faz o jogo simbólico que permite reconfigurar acontecimentos significativos numa espécie de linguagem interior. O mesmo autor pontua que a brincadeira funciona como possibilidade para transpor objetos a um símbolo lúdico próprio (FONTANA E CRUZ, 1997).

A experiência lúdica proporciona ainda uma aproximação terapeuta-criança, sendo fundamental para o vínculo. Ao brincar, o adulto comunica que entende o que a criança diz e que ali naquele tempo e espaço é possível falar somente naquela “linguagem”, acessando assim as ideias e sentimentos da maneira mais genuína possível. Brincar nesse sentido atinge a finalidade terapêutica com estas crianças. Segundo a psicanálise, o brincar da criança revela sua história e traz a tona conflitos interiores, se fazendo um fundamental meio de expressão.

Em outros termos, é a brincadeira que é universal e que é própria da saúde; o brincar conduz a relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia; finalmente, a psicanálise foi desenvolvida como forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros. (WINNICOTT, 1975, p. 63).

O uso dos bonecos como recurso, favorece a expressão de sentimentos relacionados ao outro, à família e aos amigos. Traduz a concepção que a criança tem do ser humano, suas experiências através de uma espécie de *holeplay* (AJURIGUERRA, 1989), ao fazer com o brinquedo o que ela percebe das situações. Os bonecos também podem ser objeto da realização de algo não realizável na vida real, como bater, morrer, viver, sorrir, ser amado, ser cuidado, beijar, estar perto de quem quer estar, ter mãe, ter pai, ter namorado, entre outros. Em alguns atendimentos, pude presenciar a criança reproduzir falas e atitudes que vieram no relato de seus pais, outras vezes, o conteúdo era puramente imaginário. Esta mistura de elementos mostra que a vivência lúdica é muito rica no sentido de propiciar uma compreensão da criança, de sua situação e de fortalecer atitudes positivas.

Em consonância, Piaget (1978) face ao desenvolvimento do pensamento infantil, afirma que a brincadeira de faz-de-conta “está intimamente ligada ao símbolo, uma vez que por meio dele, a criança representa ações, pessoas ou objetos, pois trazem como temática para essa brincadeira o seu cotidiano (contexto familiar e escolar) [...]” (p.76).

No que diz respeito à resiliência, podemos dizer que é relacionada ao manejo individual de recursos pessoais e contextuais. Na medida em que nós utilizamos o brincar para o desenvolvimento saudável da criança, contribuimos para o fortalecimento da resiliência, onde ela pode lançar mão de seus recursos positivos para enfrentar as adversidades. Assim, a resiliência está associada a fatores protetores que indicam conseqüências positivas em indivíduos em situação de risco (SAPIENZA e PEDROMÔNICO, 2005). Embora muitas crianças brinquem revelando algumas preocupações e conflitos, para além disso, o brincar favorece o fortalecimento dos fatores de proteção, pois vemos sua auto estima, interação social e capacidade de tomar decisões sendo trabalhadas através destas atividades.

A individualidade da criança deve ser preservada, pois com muita frequência os pais querem comparar e uniformizar os filhos (OAKLANDER, 1980). Essa presença que é única de cada uma delas, aqui deve ser fortalecida para que a criança possa continuar se desenvolvendo como é e não como o mundo deseja que ela seja. Seus jeitos, gostos, desejos, sonhos, motivos e afetos devem ser salientados para que então o outro não o invada a ponto de controlar suas atitudes. Este fator se faz protetivo na prevenção do uso de drogas.

A partir da brincadeira, a criança constrói sua experiência de relação com o mundo de forma ativa e vivencia experiências de tomadas de decisões. “Em um jogo ela pode optar por brincar ou não, o que é característica importante da brincadeira, pois oportuniza o desenvolvimento da autonomia, criatividade e responsabilidade quanto a suas próprias ações.” (QUEIROZ, MACIEL e BRANCO, 2006, p. 170)

No processo criativo que ocorre quando as crianças usam a massa de modelar para fazer os bonecos, ou as sucatas para montar os brinquedos podemos observar a importância do brincar devido ao fato desta atividade fornecer a alteração da relação criança-objetos, pois a ela passa a exercer função ativa determinando o que o objeto é e não o contrário. De tal modo, ela compartilha novos sentidos provenientes sua imaginação e criatividade. “A criança vê um objeto, mas age de maneira diferente em relação ao que vê. Assim, é alcançada uma condição que começa a agir independentemente daquilo que vê.” (VIGOTSKY, 1998, p. 127).

As atividades que envolvem brinquedos favorecem processos criativos que abarcam a pessoa em sua totalidade, com seus pensamentos, sentimentos e decisões. A criatividade por meio do brincar no CAPS adi revela um modo de estar no mundo e de se relacionar, Karaguilla (2013) pontua que é possível proporcionar uma nova possibilidade de relação com o mundo sem a intermediação da substância psicoativa, nesta nova possibilidade a pessoa pode criar suas ações e fazer escolhas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O CAPS adi pôde ser observado como espaço especializado de oferta de cuidado e atenção à criança e adolescente em uso de drogas e vulnerabilidade e o brincar é uma importante ferramenta para operacionalizar o cuidado. Os objetivos alcançados através do brincar reforçam o que a teoria aponta no que diz respeito ao seu potencial terapêutico, e reforça que o *holding* construído na convivência e no espaço CAPS é um elemento que contribui para o fortalecimento dos fatores de proteção dos sujeitos.

A sensibilidade já mencionada se faz ingrediente essencial para cunhar cada intervenção, essas crianças precisam ser ouvidas e cuidadas e nossa missão é oferecer atenção e cuidado, sem vitimizá-las, mas as considerando sujeitos de direitos e deveres.

Ao atuar com estas crianças, tentamos auxiliá-la na construção de outros elementos mediadores diferentes da droga em seu cotidiano. O reforço da auto estima se faz importante ao longo do acompanhamento destes sujeitos. No decorrer das intervenções podemos reforçar também comportamentos positivos e demonstrar à criança outras formas de estar com o outro, de interagir e de obter as coisas, que muitas vezes são obtidas com agressividade.

A plasticidade infantil é um fator marcante. Os terapeutas são facilitadores de um processo que é do outro, podendo contribuir na condução desse potencial que existe em cada criança, embora o sofrimento vivenciado. Apostamos no positivo e que estas intervenções podem gerar no sujeito novas possibilidades de vida, de fazer outras escolhas e de viver de modo mais saudável.

Podemos observar alguns desafios no âmbito da saúde mental da criança no sentido de avançarmos ainda mais na implantação da Reforma psiquiátrica. O presente estudo foi realizado observando apenas os casos acompanhados no CAPS adi de Taguatinga, que é um cenário peculiar, isso pode ser considerada uma limitação, além de haver poucas publicações específicas sobre intervenção com crianças em uso de drogas e vulnerabilidade que pudessem embasar teoricamente este trabalho. .

Este trabalho se faz uma leitura indicada para profissionais de saúde, profissionais que lidem com crianças em situação de vulnerabilidade, professores e estudantes de áreas afins.

A perspectiva da saúde mental infantojuvenil voltada especialmente para crianças, deve contemplar novas possibilidades de intervenção e o brincar se faz um recurso que nos leva ao alcance de muitos objetivos.

REFERÊNCIAS

AJURIGUERRA, J. Manual de Psiquiatria Infantil. São Paulo. Masson, 1983.

ALVES, A. M. P. **A história dos jogos e a constituição da cultura lúdica.**

Disponível em: <<http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/viewFile/1203/1018>>
Acesso em 22 de dezembro de 2012.

ÁRIES, Philippe. **História social da criança e da família.** Tradução de Dora Faskman. 2. Ed. Rio de Janeiro: LTC- Livros Técnicos e Científicos Editora S.A. 1981

BARBOSA, Analedy Amorim; MAGALHÃES, Maria das Graças S. Dias. **A concepção de infância na visão Philippe Ariès e sua relação com as políticas públicas para a infância.** v.1,n.1.2008. Disponível em: <<http://revista.ufr.br/index.php/examapaku/article/view/1456>>
Acesso 02 Janeiro de 2015.

BEUREN, I. M. (Org.). **Como Elaborar Trabalhos Monográficos em Contabilidade: teoria e prática.** São Paulo: Atlas, 2008. p. 76-97.

BRASIL. **Portaria n.º 336/GM** de 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL. **Portaria 3.088** de 23 de dezembro de 2011

BRASIL. **Lei nº 8.069 de 13/07/1990.** Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Plano nacional pela primeira infância.** Brasília, DF Disponível em: < <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/PPNI-resumido.pdf>> Acesso em 10 de Janeiro de 2015.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev Bras Psiquiatr.** v. 30, n. 4, 390-8, 2008

FIGUEIRAS, Amira C. M.; HALPERN, Ricardo. Influências ambientais na saúde mental da criança . **Jornal de Pediatria**, v.80, n.2 (Supl), 2004, p.s104-s110

FREUD, S. Escritores criativos e devaneios. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 147-158.

FONTANA, R.; CRUZ, N. A psicologia na escola. In: _____. **Psicologia e trabalho pedagógico.** São Paulo: Atual, 1997, p. 3-10

FONSECA, Franciele Fagundes; SENA, Ramony Kris R.; SANTOS, Rocky Lane A. dos; DIAS, Orlene Veloso; COSTA, Simone de Melo. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Revista Paulista de Pediatria**, v.31, n.2, p. 258-64, 2013

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA(UNICEF). **Situação Mundial da Infância 2005.** Infância ameaçada, New York, NY 10017,USA. 2005.

FURLANETTO, B. H. Da infância sem valor à infância de direitos: diferentes construções conceituais de infância ao longo do tempo histórico. In: _____. **Infância em pauta: um estudo histórico sobre as concepções de infância presentes nas canções e na formação de professores**. 2006. Dissertação (Mestrado em educação) - Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/892_632.pdf>. Acesso em 05 de Janeiro de 2015.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FERRER, Ana Luiza. Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v.17, n.1, p.69-84, mar. 2014

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GOFFMAN, Erving. *Estigma*: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Trad.: Márcia Bandeira Mello Leite Nunes. 4 ed. Rio de Janeiro: LCT, 2008.

GOMES, R et al. **Êxitos na prevenção de Violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz\Ensp\Claves;Hucitec, 2013.

HALPERN, Ricardo; FIGUEIRAS, Amira C. M. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**. v.80, n.2 (Supl), p.104-110, 2004.

HINTZE, Gisele. **Evolução da legislação voltada à criança e ao adolescente no Brasil**. Santa Catarina, 2007. Disponível em: < <http://www.uniplac.net/emaj/Artigos/011.pdf>> Acesso em 08 Janeiro de 2015.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p.297-305, 2009

Incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador : EDUFBA : CETAD, 2009, p. 141-159.

KARAGUILLA, Michele. **Tratamento do dependente químico na Terapia Ocupacional: O acesso à experiência criativa**. 1ª Ed. São Paulo: Zagodoni, 2013.

JESUS, Maurício Neves. **Adolescente em Conflito com a Lei: prevenção e proteção integral**. Campinas: Sevanda, 2006. p.13 – 192.

Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras, 2003 [organização e redação Ana Regina Noto... [et al.]. São Paulo : **CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas**, 2004.

LINDSTRÖM, Bengt. **O significado de resiliência**. Adolescência Latinoamericana. v.2, n.3, Porto Alegre, abr. 2001.

MARCOLINO, Taís Quevedo; MIZUKAMI, Maria da Graça Nicolletti. Narrativas, processos reflexivos e prática profissional: apontamentos para pesquisa e formação. **Interface comunicação e saúde**. v.12, n.26, p.541-7, jul./set, 2008.

MONTEIRO, Luiz Felipe Campos. O uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes em situação de rua: Uma leitura winnicottiana. In: FILHO, Antônio Nery; MACRAY Edward; TAVARES, Luiz Alberto; RÊGO, Marlize (Orgs). **Toxicomanias: NOTO, Ana Regina et al. (org). Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras**. 2003. Centro brasileiro de informações sobre drogas e psicotrópicos. Universidade Federal de São Paulo. Secretaria nacional anti-drogas.

NAKAMURA, E. O lugar do método etnográfico em pesquisas sobre saúde, doença e cuidado. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, m.1, p.95-103, 2011.

NOTO, A.R.; MOREIRA, F.G. – Prevenção ao uso indevido de drogas: Conceitos Básicos e sua Aplicação na Realidade Brasileira. In: MOREIRA, F.G. & DA SILVEIRA, D. (org.). **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. Atheneu, São Paulo, 2004.

OAKLANDER, Violet. **Descobrimos crianças: A abordagem gestáltica com crianças e adolescentes**. 13ª Ed. Traduzido por George Schlesinger. São Paulo: Summus, 1980

PADILHA, Cristina dos Santos; MORAES, Ramona de. **Franco Rotelli: contribuições para repensar o paradigma psiquiátrico**. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/encredenciamentos2010/programacao/arquivos_posters/FRANCO%20ROTELLI%20CONTRIBUICOES%20PARA%20REPENSAR%20O%20PARADIGMA%20PSIQUIATRICO.pdf> Acesso em 10 de Janeiro de 2015.

PELOSO, Franciele Clara; PAULA, Ercilia Maria Angeli Teixeira de. Ensaio sobre algumas concepções de infância: Aproximações com o pensamento freiriano e o lugar da infância das classes populares. **Rev. teoria e prática da educação**, v.11, n.2, p.173-179, maio/ago, 2008.

PIAGET, J. (1978). **A formação do símbolo na criança: imitação jogo e sonho, imagem e representação**. Rio de Janeiro: Zahar.

POLETTI, Letícia Borges. **Institucionalização de crianças e adolescentes em Caxias do Sul: Narrativas sobre as trajetórias de vida de egressos de medida de proteção (1990-2011)**. 2013. 121 f. Dissertação (Mestrado em educação) – Universidade de Caxias do Sul, Caxias do sul, 2013.

QUEIROZ, Norma Lucia Neris de; MACIEL, Diva Albuquerque Maciel; BRANCO, Angela Uchôa. **Brincadeira e desenvolvimento infantil: um olhar sociocultural construtivista**. Paidéia, 2006, v.16,n.34, p.169-179.

RABELO, H. D. **O significado da hospitalização para as crianças internadas no Hospital Regional de Ceilândia**. 2012. 51 f. Monografia (Graduação em terapia ocupacional) Universidade de Brasília. Brasília. 2012.

RAUPP, Fabiano Maury; BEUREN, Ilse Maria. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. **Metodologia da Pesquisa Aplicável às Ciências Sociais**. In: COLAUTO, R. D.;

LONGARAY, A. A.; PORTON, R. A. de B.; RAUPP, F. M.; SOUSA, M. A. B. de. Ed. Atlas, 2006, v.3, p.76-97.

SAINT-EXUPÉRY, A. D. **O Pequeno Príncipe**. 48 ed. Rio de Janeiro: Agir, 2001.

SANTOS, M. C. D. **A compreensão de ser criança na contemporaneidade brasileira – A família, a sociedade e a escola**. 2001. 37 f. Monografia (Graduação em pedagogia) Universidade da Amazônia, Belém, Pará. 2001. Disponível em: <http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/monografias/SER_CRIANCA.pdf>. Acesso em 5 de janeiro de 2015

SAPIENZA, Graziela; PEDROMÔNICO Márcia Regina Marcondes. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216, mai./ago. 2005

SARMENTO, Manuel Jacinto. **Imaginário e culturas da infância**. Disponível em: <http://www.titosena.faed.udesc.br/Arquivos/Artigos_infancia/Cultura%20na%20Infancia.pdf> Acesso em: 26 de julho de 2014.

SEDEST. Serviços da SEDEST. Disponível em< <http://www.sedest.df.gov.br/publico-alvo/o-que-e-assistencia-social/item/2431-servi%C3%A7os.html>> Acesso em 12 de Janeiro de 2015.

SILVA, Mônica Eulália da. Crianças invisíveis: reflexões sobre o percurso histórico de construção da política pública de saúde mental para crianças e adolescentes em Minas Gerais. **Perspectivas em Políticas Públicas**, Belo Horizonte, vol.4, n. 7, p.61-78, jan/jun, 2011.

TEIXEIRA, Bethânia Serrão. **DesCAPSulando adolescentes: perfil da população infantojuvenil de um CAPS adi-DF em situação de uso de drogas e saúde mental**. 2013. 119 f. Dissertação (Mestrado em psicologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular e atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec Sobral: UVA. 2001.

VERONESE, Josiane Rose Petry. **Temas de Direito da Criança e do Adolescente**. São Paulo: LTr, 1997. p. 7-118.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. Tradução de José Cipolla Neto, Luís Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche. 6ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. São Paulo: Martins Fontes, 2007, p.107-124

WADSWORTH, James E. Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos da assistência à infância no Brasil. **Rev. bras. Hist.**, São Paulo, v. 19, n. 37, set. 1999
Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010201881999000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Janeiro 2015.

WINNICOTT, D. W. **A criança e seu mundo**. Tradução de Álvaro Cabral. 6. Ed. Rio de Janeiro: LTC: Livros técnicos e científicos. Editora S.A. 1982.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago. 1975

WINNICOTT, D. W. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Tradução de Jane Russo. 3ª edição. Rio de Janeiro. 1988

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. 4ªed. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

WINNICOTT, D.W. **Tudo começa em casa**. Tradução de Paulo Sandler. 5ª Ed. São Paulo. Editora WMF Martins Fontes. 1989.