



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA - PCL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA - PsiCC

Sofrimento psíquico grave de adolescentes em privação de liberdade: um estudo exploratório

Carolina Moreira de Alcântara

**Brasília, DF
2010**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Carolina Moreira de Alcântara

Sofrimento psíquico grave de adolescentes em privação de liberdade: um estudo exploratório

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

**Brasília, DF
2010**

Carolina Moreira de Alcântara

Sofrimento psíquico grave de adolescentes em privação de liberdade: um estudo exploratório

Trabalho realizado no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Dissertação aprovada por:

Prof. Dr. Ileno Izidio da Costa
(Presidente - PsiCC/IP/UnB)

Profª Drª. Sandra Maria Baccara Araújo
(Membro Externo - UniCEUB)

Profª Drª Maria Fátima Olivier Sudbrack
(Membro - PsiCC/IP/UnB)

Profª Drª Maria Izabel Tafuri
(Suplente - PsiCC/IP/UnB)

Brasília, 05 de março de 2010.

AGRADECIMENTOS

Eu acredito que o amor de Deus se faz presente através das pessoas. Por isso agradeço a Ele por ter mantido e colocado tantas pessoas tão especiais nesse momento da minha vida. Vou fazer o possível para não me esquecer de ninguém.

Gostaria de primeiramente agradecer aos meus pais acadêmicos: Profa. Dra. Sandra Baccara e o meu orientador, Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa. À Sandra, pela amizade e carinho, por ter me incentivado a entrar no mestrado, por ter me apresentado Winnicott através do seu jeito de ser, muito antes de falarmos sobre teorias. Obrigada Sandra, pela confiança e suporte em tantos momentos! Ao Prof. Ileno, por ter me aceitado como sua mestranda e como terapeuta no GIPSI. Quando nos conhecemos, o Sr. falou que só me aceitaria no GIPSI se eu passasse no mestrado. Obrigada, Ileno, por ter me desafiado, me ensinando muito (principalmente nos momentos de silêncio!) e por ter acreditado em mim quando eu mesma já não acreditava. Obrigada por ter sobrevivido a minha tendência antissocial (risos). Espero retribuir à altura o investimento que ambos fizeram.

Agradeço a todos os companheiros de GIPSI (dinossauros, veteranos, intermediários e recém-chegados), mas principalmente aos que eu tive oportunidade de conviver mais: à Luciana, à Lílian, ao Enrique (pelas conversas amigas), à Nazareth (pela amizade e pelos livros emprestados), à Raquel (pelas orações), ao Augusto, ao Renato, à Carla (companheiros no atendimento familiar) e ainda à Cleuser (sempre disponível me salvando no SPSS). Cresci bastante com cada um de vocês.

Agradeço especialmente a todos os envolvidos na instituição pesquisada: da direção antiga e da nova: agentes de segurança, assistentes sociais, enfermeiros, gerentes

e diretores, porteiros, professores, psicólogos (não vou citar nomes para manter o sigilo) e principalmente aos adolescentes entrevistados. Devo a vocês essa pesquisa e também espero retribuir à altura o trabalho que a mim confiaram. Mantenho, por escrito, meu compromisso com esta instituição após a pesquisa.

Agradeço também àquelas pessoas que aguentaram minhas oscilações de humor, meus atrasos, ausências e desabafos durante o período da pesquisa.

Ao meu papai, Hermes, por tantas coisas... Pelo seu amor expressado de tantas maneiras diferentes, pelo seu exemplo de ser humano – que nunca precisou ser perfeito, mas sendo suficientemente bom e por me ensinar a *nunca fechar portas*.

Ao meu companheiro, amante e amigo, Ronald, que esteve ao meu lado na maratona monografia-dissertação. Obrigada pela sua constante presença (no desespero, no desânimo, na tristeza e também nos momentos livres e leves). Só nós sabemos que alívio é entregar esse trabalho, não é mesmo?!

À minha irmã, Kéren, estudante de psicologia, que me contagiou com a sua paixão por Clarice Lispector, contribuindo também com a transcrição de algumas entrevistas e com pontuações importantes sobre minha escrita, tornando o texto mais claro e acessível. Obrigada pelas boas energias e o cuidado que teve comigo nessa reta final.

À minha mãe, pela sua secreta torcida.

Às minhas amigas íntimas: Clara e Vanessa, por estarem perto, apesar dos desencontros.

À querida Jhenne, secretária do PsiCC, Soemes, Cristiano, Maria, Ana Paula e Emerson, todos do CAEP, pela disponibilidade em ajudar para *tudo dar certo*.

Dedico este trabalho ao José (nome fictício) que ao negar sua participação na pesquisa, permitiu que outro trabalho fosse feito... Um trabalho em mim mesma, tornando-me mais sensível para compreender a realidade de tantos outros Josés. Obrigada.

RESUMO

Este estudo teve como principal objetivo sistematizar os principais aspectos psicossociais e socioeducacionais que se relacionam com o sofrimento psíquico de adolescentes que cumprem medida sócio-educativa em privação de liberdade. Para tanto, buscou-se verificar os principais sinais e sintomas identificados pelos próprios sujeitos em relação à sua condição de saúde/doença mental. De maneira semelhante, objetivou-se conhecer as percepções sobre as condições ambientais da instituição pesquisada e a utilização dos atuais recursos disponíveis pelas Gerência de Saúde e Gerência da Escola. A proposta metodológica dessa pesquisa se baseou na análise quanti-qualitativa de entrevistas semi-estruturadas realizadas com 36 internos em uso de medicação psiquiátrica contínua. Os dados apontaram que as experiências de insônia e pesadelos, associadas ou não às vivências de perda de realidade (alucinações) constituíram a queixa mais frequente. O comportamento autopunitivo apareceu em segundo lugar. Com relação aos fatores ambientais, verificou-se que a instituição é percebida, de modo geral, como sendo um ambiente seguro e estável, garantindo a integridade física e a manutenção da saúde. Dentre os atuais recursos disponíveis pelo núcleo da Saúde, notou-se que a administração de anticonvulsivantes, em associação com outros psicotrópicos tem sido amplamente utilizada. A escola foi percebida como importante dispositivo de saúde mental disponível na instituição. Por meio das percepções dos adolescentes que não gostam de ir à escola, pôde-se verificar que esse grupo, não desvaloriza o saber, ao contrário, anseiam por conhecimento, entretanto, frustraram-se por não terem suas necessidades educacionais adequadamente atendidas, afirmando que a escola é fraca ou que simplesmente não aprendem. Por fim, dentre as conclusões possíveis, orientadas pelo pensamento winnicottiano, observou-se que a instituição em análise é percebida enquanto representante da função paterna. Todavia, para que o processo de autocura seja alcançado, tal como Winnicott compreende, é necessário que se atue também na formação de vínculos terapêuticos. O grupo de professores é identificado como a principal ferramenta de mudança.

Palavras Chave: Sofrimento Psíquico Grave, Adolescentes em conflito com a lei, Delinquência, Privação de liberdade, Autocura.

ABSTRACT

This study had the objective to systemize the main psycho-social and socio-educational aspects that related with the psychic suffering of adolescents in conflict of law and freedom privation. This research wanted to verify the signals and symptoms identified through themselves perceptions related on their condition of health/insanity. In similar way, it was objectified to know the opinions of the ambient conditions of the institution the use of the current available resources for Health Service and Educational Service. The methodological proposal is based on the quant-qualitative analysis of interviews half-structuralized carried through with 36 teenagers were using psychiatric medication continuously. The data had pointed the experiences of sleeplessness and nightmares, associates or not with experiences of loss of reality (hallucinations) had constituted the illness most frequent. The self-punishment behavior appeared at second place. With regard to the ambient factors, it was verified that institution had, in general way, guaranteed the physical integrity and the maintenance of the health. Amongst the current available resources of Health Service, the administration of anticonvulsivants, in association with other psychotropic drugs has been widely used. The school was viewed as important device of available in the institution. By means of the adolescent's understanding who do not like to go to the school, they don't disqualify the knowledge, in contrast, they wanted for knowledge, however, they were frustrated for not having their educational supplies adequately, affirming that the school is weak or they do not learn. Finally, among the possible conclusions guided for the Winnicott's thought, it was observed that institution in analysis is a representative of the paternal function. However, to begins the self-cure process is necessary that formation of therapeutical bonds. The group of teachers is identified as the main tool of change.

Key Words: Serious Psychic suffering, Adolescent in conflict with the law, Delinquency, Privation of freedom, Self-cure.

LISTA DE QUADROS, GRÁFICOS, FIGURAS E ANEXOS

Tabela 1.1 - Conhecimento sobre os Motivos Relacionados à Prescrição de Medicação Psiquiátrica	107
Tabela 1.2: Comportamentos Relatados pelos Adolescentes	111
Tabela 1.3: Quantidade de Medicamentos Prescrita por Módulo de Internação	117
Tabela 1.4: Quantidade de Medicação Psicotrópica Prescrita por Idade	118
Tabela 2.1: Relação entre Medo e Qualidade de Relacionamento Interpessoal entre os Adolescentes	120
Tabela 2.2: Percepção sobre Segurança e Medo	121
Tabela 2.3: Fatores de Manutenção da Saúde	122
Tabela 3.1: Percepção sobre os Efeitos da Medicação	123
Tabela 3.2: Correlação entre as Percepções Positivas e Negativas	126
Tabela 4.1: Avaliação sobre a qualidade da aprendizagem	127
Tabela 4.2. Avaliação sobre a qualidade da aprendizagem.....	129
Anexo I – Análise do Comitê de Ética	155
Anexo II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	156
Anexo III: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	157
Anexo IV: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	158
Anexo V: Entrevista com o Adolescente	159
Anexo VI: Entrevista com os Professores	162
Anexo VII: Entrevista com os Profissionais Psicossociais	164
Anexo VIII: Entrevista com a Direção (Diretores ou Gestores)	166

LISTA DE ABREVIATURAS

CAEP – Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CESAS – Centro de Educação de Jovens e Adultos da Asa Sul
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças (10^a. Edição)
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
COORSIS – Coordenadoria do Sistema Sócio-Educativo
DCA – Delegacia da Criança e do Adolescente
DPCA – Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente
DSM-IV – Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (4^a. Edição)
DST – Doença Sexualmente Transmissível
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA – Ensino de Jovens e Adultos
FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
GIPSI – Grupo de Intervenção Precoce em Primeiras Crises do Tipo Psicótica
GT – Grupo de Trabalho
HPV – Papiloma Vírus Humano
OMS – Organização Mundial de Saúde
PIA – Plano Individual de Atendimento
POE – Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória
SEJUS – Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania
SES – Secretaria de Estado de Saúde
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SINADE – Sistema Nacional de Atendimento Sócio-educativo
SIPIA-II – Sistema de Informação para a Infância e Adolescência
SPSS – Statistical Package for Social Sciences
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLI – Termo de Consentimento Livre e Informado

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	III
RESUMO	VI
ABSTRACT	VII
LISTA DE QUADROS, GRÁFICOS, FIGURAS E ANEXOS	VIII
LISTA DE ABREVIATURAS	IX
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 - ADOLESCÊNCIAS E SOFRIMENTOS OU ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO	15
1.1. O QUE SIGNIFICA ADOLESCÊNCIA?	15
1.2. PSICOPATHOLOGIA E ADOLESCÊNCIA	24
1.3. SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE E ADOLESCÊNCIA	35
CAPÍTULO 2 - DA TENDÊNCIA ANTISSOCIAL À DELINQUÊNCIA: SOBRE AGRESSIVIDADE, PRIVAÇÃO E VIOLÊNCIA	39
2.1. SOBRE A TENDÊNCIA ANTISSOCIAL.....	40
2.2. SOBRE AGRESSÃO E SUAS ORIGENS NA PERSPECTIVA WINNICOTIANA	43
2.3. PRIVAÇÃO E VIOLÊNCIA	47
2.4. SEMELHANÇAS ENTRE SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE E DELINQUÊNCIA E DIFERENÇAS ENTRE SAÚDE MENTAL E JUSTIÇA: A BIOÉTICA ENQUANTO ESPAÇO TRANSICIONAL.....	56
2.5 INTERVENÇÕES COM ADOLESCENTES INFRATORES.....	63
CAPÍTULO 3 - O ADOLESCENTE INFRATOR E O AMBIENTE	67
3.1. ADOLESCENDO EM CONTEXTO DE VIOLÊNCIA.....	67
3.2. CENTRO DE INTERNAÇÃO PARA MENORES: O QUE HÁ DE FACILITADOR NESSE AMBIENTE?.....	75
CAPÍTULO 4 - METODOLOGIA	85
4.1 - PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS E A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA	85
4.2 - OBJETIVOS DA PESQUISA E DEFINIÇÃO DOS SUJEITOS	91
4.3 – O PERCURSO DO PESQUISADOR NO TRABALHO DE CAMPO (ACESSO AOS SUJEITOS E CONSTRUÇÃO DOS INSTRUMENTOS).....	92
4.4 – O PROCESSO DA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS	101
4.5 – A ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO CONSTRUÍDA	102
4.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	104
CAPÍTULO 5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	106
5.1. ANÁLISE QUANTI-QUALITATIVA	106
CONCLUSÕES POSSÍVEIS	131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	146
ANEXOS	154

INTRODUÇÃO

Pode-se considerar que esse trabalho surgiu do entrelaçamento de uma série de interesses e incômodos, observados em diversos contextos em que tive a oportunidade de me envolver. O primeiro deles surgiu no GIPSI (Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica) ao acompanhar famílias que consideravam, consciente ou inconscientemente, o futuro profissional e acadêmico do filho encerrado na vivência do sofrimento psíquico grave.

Em contrapartida, esses mesmos filhos – grande parte adolescentes ou jovens adultos – demonstravam vontade em resgatar sua autonomia por meio da retomada dos estudos. Formava-se, então, uma situação que exigia o pensar complexo para que cada ação fosse ponderada por meio de suas possíveis implicações: como inserir no contexto escolar um adolescente que abandonou os estudos devido a crises psicológicas? Como disponibilizar os recursos adequados de maneira que fosse possível vivenciar a experiência escolar como uma ferramenta psicossocial (terapêutica) ao invés de se configurar como mais um instrumento de estigmatização? Como avaliar, onde e quando é possível fazer esse retorno ao contexto educacional?

O segundo incômodo se configurou, a partir de questionamentos baseados na abordagem psicopedagógica sobre os modelos de aprendizagem. Ao me deparar com a atual perspectiva inclusiva, outras indagações surgiram: estariam as escolas preparadas para incluir, não a deficiência mental, mas sim o sofrimento psíquico? Como seria possível sistematizar soluções práticas quanto à disponibilidade de sala de recurso ou à instrumentalização de professores para o manejo de possíveis crises psíquicas? Como romper com preconceitos que não existem somente no ambiente da escola, mas permeiam as várias relações sociais e interpessoais?

O terceiro, e talvez mais desafiante incômodo, aconteceu quando me encontrei com adolescentes que eram discriminados por serem delinquentes e por apresentarem problemas emocionais. Eram muitos os preconceitos que deveriam ser quebrados, mas antes foi necessário desconstruir uma série de pré-concepções bem justificadas por meio de técnicas e teorias que ao invés de aguçarem a audição para a questão do sofrimento, tornaram-se ruídos tão altos que dificultavam o entendimento sobre aquilo que era dito, mas não era escutado. Assim, para realizar essa pesquisa buscou-se, inicialmente, suspender qualquer pré-definição para simplesmente ouvir o que aqueles adolescentes tinham para falar. Dessa forma, esse trabalho se constituiu como um verdadeiro estudo exploratório sobre o sofrimento psíquico de adolescentes em conflito com a lei que cumpriam medida sócio-educativa em privação de liberdade. Nas entrevistas, houve a intenção de se abordarem diversas dimensões do cotidiano dos internos: desde o levantamento de aspectos sociais até as percepções sobre seus próprios sentimentos e pensamentos relacionados ao sofrimento. Dessa forma, os adolescentes foram questionados sobre como se sentiam dentro da instituição, na escola e como lidavam com a medicação psiquiátrica. A partir da transcrição das entrevistas obteve-se uma quantidade enorme de dados que até então não haviam sido pesquisados naquela instituição.

Foi necessário fazer vários recortes para que se tornasse possível a apresentação dos dados tal como se encontra neste trabalho. Dessa maneira, foram eleitos os seguintes objetivos:

- Identificar e sistematizar os principais sinais/sintomas observados pelos adolescentes em uso de medicação psiquiátrica;
- Verificar a percepção dos adolescentes sobre as condições ambientais (institucionais) favoráveis à manutenção da saúde mental por meio da garantia

da integridade física, manutenção da saúde geral e proteção contra o uso de drogas;

- Identificar as percepções dos adolescentes sobre os recursos/cuidados proporcionados pelo núcleo da escola e o núcleo da saúde.

A partir dos pressupostos da metodologia quanti-qualitativa, os dados foram tratados por meio de dois principais instrumentos de pesquisa: o *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) que contribuiu para visualização dos dados estatísticos e a análise de conteúdo tal qual Bardin (2004) propõe. Para contribuir para o diálogo entre tantos números e discursos, utilizou-se a abordagem winnicottiana como fio condutor que alinhavou os dados apresentados nessa pesquisa. Elegeu-se essa perspectiva, de maneira que pudessem ser abordados ambos os temas, sofrimento psíquico e delinquência, de maneira holística, não segmentada. Dessa maneira, recorreu-se ao uso de vários conceitos propostos por Winnicott que julgamos ainda se configurarem como atuais. Portanto, esse trabalho apresenta uma gradativa aproximação ao tema central.

Desse modo, o primeiro capítulo se dedica à compreensão sobre a adolescência, seus conflitos e sofrimentos. Questões sobre quais critérios devem ser utilizados para se definir entre normal e patológico são abordados nesse capítulo, possibilitando a aproximação às dimensões do adolescer em contexto de violência.

O segundo capítulo trata então dos constructos teóricos propostos por Winnicott que ajudam a entender essa adolescência. Recorre-se às definições sobre agressividade, agressão, tendência antissocial, delinquência, privação e deprivação. Para tanto foi necessário retomar a perspectiva winnicottiana sobre o desenvolvimento humano.

De posse desses conhecimentos, propõe-se no terceiro capítulo refletir sobre esse ambiente, o centro de internação, por meio de uma análise socioeconômica e sociocultural.

Buscou-se resgatar as mais recentes pesquisas sobre a medida sócio-educativa de privação de liberdade, privilegiando aquelas anteriormente realizadas na instituição em questão.

No quarto capítulo fala-se sobre a escolha da metodologia utilizada, incluindo o percurso da pesquisadora na instituição, os procedimentos realizados e as justificativas que subsidiaram as delimitações metodológicas realizadas.

Os dados obtidos são apresentados no capítulo cinco foram divididos em quatro categorias:

1. Considerações sobre os principais sinais e sintomas percebidos pelos próprios adolescentes em sofrimento psíquico grave sob o contexto de privação de liberdade;
2. Percepções dos adolescentes sobre as condições ambientais da instituição de internação;
3. Percepções dos adolescentes sobre os principais efeitos do uso de medicação psiquiátrica;
4. Utilização dos recursos sócio-educativos disponíveis em contexto escolar.

Por fim, encontra-se na conclusão as principais reflexões, incômodos, indagações sobre o sofrimento psíquico relatado por esses adolescentes. A intenção desse último capítulo é compartilhar a experiência dessa pesquisa e ao mesmo tempo incitar a realização de novos trabalhos sobre esse universo.

CAPÍTULO 1

ADOLESCÊNCIAS E SOFRIMENTOS OU ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO

Mesmo sem ser atriz nem ter pertencido ao teatro grego – uso uma máscara. Aquela mesma que nos partos de adolescência se escolhe para não se ficar desnudo para o resto da luta.

Clarice Lispector

1.1. O QUE SIGNIFICA ADOLESCÊNCIA?

O eterno problema do conceito

A adolescência como é conhecida hoje na sociedade ocidental é fruto de diversas concepções e mudanças sociais. Levisky (2001) destaca, dentre essas transformações, o desenvolvimento da burguesia e os processos de industrialização; talvez porque essas duas geraram outra série de mudanças correlacionadas, como a entrada da mulher no mercado de trabalho, sua decorrente emancipação, movimentos de globalização no âmbito cultural e econômico, criação de novos meios de comunicação como a internet que, por sua vez, foi o meio para o desenvolvimento da cibercultura. Calligaris (2000) aprofunda essa análise ao comparar a invenção da infância (feliz) – que preencheu a função cultural essencial de tornar a modernidade suportável – à ideia pós-moderna da adolescência (feliz) como uma idealização mais narcísica e, talvez, vivida como mais acessível aos adultos, levando à conclusão de que a sociedade de hoje supervaloriza a adolescência. Pode-se perguntar qual seria a vantagem, portanto, de se tornar um adulto?

Apesar dos diversos impactos sociais vivenciados ao longo dos séculos e sua influência sobre os modos de manifestação da adolescência, Aberastury e Knobel (1988) e

Levisky (2001) enfatizaram a necessidade de se considerar a imutabilidade do aspecto psicobiológico, responsável por manter intacta a essência pulsional dos homens. Esses autores tratam da visão psicanalítica sobre nosso aparelho psíquico. É importante lembrar que a perspectiva psicanalítica não hierarquiza as variáveis (internas e externas) o que resultaria na supremacia do inato *versus* o adquirido ou do social *versus* o individual; ao contrário, fala-se da complexa relação dialética que existe entre tais variáveis.

Acrescenta-se ainda que o termo complexo aqui utilizado não se refere a algo de difícil compreensão, e sim à perspectiva de Morin (1996) sobre a complexidade. Este autor sugere que para abordar um fenômeno deve-se estudar as várias relações possíveis entre o todo e as partes que o integram. Ou seja, é necessário abandonar o paradigma moderno linear, reducionista e simplificador a fim de compreender o indivíduo através de múltiplos sistemas de organização onde se interligam dimensões de ordem biológica, cognitiva, emocional, relacional e social para evitar assim, uma visão biologizada, psicologizada ou sociologizada. Portanto, o paradigma da Complexidade é o fio condutor central do presente estudo.

A construção da concepção de adolescência, caracterizada pelo período de transição entre a infância e a idade adulta, é relativamente nova, datada do século XVI. Outeiral (2003) problematiza a dupla origem etimológica deste conceito, que vem do latim *ad* (a, para) e *olescer* (crescer), significando a condição de aptidão para o crescimento. Outeiral ressalta ainda que das palavras *adolescere* e *adolescência* derivam também a palavra *adoecer*. Assim, essa fase da vida, segundo este autor, é caracterizada pela “*aptidão para crescer (não apenas no físico, mas também psíquico) e para adoecer (em termos de sofrimento emocional, com transformações biológicas e mentais que operam nessa faixa da vida)*” (p. 4). Devido às mudanças profundas que marcam esse período, essa é uma fase privilegiada tanto para o amadurecimento quanto para o desencadeamento de muitos dos

transtornos psíquicos, emocionais e relacionais (Costa, 2006).

Quanto ao aspecto cronológico, não há consenso sobre qual processo se inicia primeiro, a puberdade ou a adolescência. Considerando que essas acontecem em um período muito próximo e que ambas estão intimamente ligadas, entretanto, devem-se destacar as diferenças entre esses dois processos. Outeiral (2003) segue a mesma perspectiva de Osório (1989) ao diferenciar puberdade e adolescência. Esse último define a adolescência “*como o conjunto de transformações psicológicas que acompanham o fenômeno biológico da puberdade – sendo a resultante de um paralelogramo de forças onde os fatores intrapsíquicos e sócio-culturais constituem os vetores que o compõem*” (p. 21).

Por sua vez, a puberdade consiste em um conjunto de mudanças físicas que ocorrem em três níveis. Em um primeiro nível ocorre a ativação da gonadotrofina pela hipófise; em um segundo nível, tem-se a consequência da liberação de hormônios gonadotróficos e do crescimento, gerando a produção de óvulos ou espermatozoides e o aumento da secreção de vários outros hormônios, entre esses, os adreno-corticais. Essa liberação de hormônios permite o início do terceiro nível da puberdade onde são observadas características organizadas em primárias e secundárias. Por primárias entendem-se como as modificações ocorridas exclusivamente nos aparelhos genitais reprodutores e as secundárias por todas as outras mudanças corporais (Aberastury & Knobel, 1988).

É importante observar que essa discrepância entre os processos biológicos e psicossociais de maturação eram resolvidos pelos nossos ancestrais por meio dos ritos de passagem que abreviavam e facilitavam a resolução psicológica da crise juvenil (Levisky, 2001). Hoje, o início da fase adulta se inicia de maneira processual e fragmentada, pois os critérios de inserção nessa fase são compreendidos por várias facetas: “*maturação física,*

emocional e cognitiva, independência emocional e financeira, responsabilidade sobre os atos e atividade sexual” cuja possibilidade de ter filhos não acarreta o retorno à dependência dos pais e sim a criação de um novo núcleo familiar (Levisky, 2001, p. 26). No entanto, vale lembrar, como Silveira & Wagner (2006, p. 452) fizeram, que “*a dificuldade de inserção no mercado de trabalho e a busca por salários melhores somada à vontade de seguir desfrutando do conforto e da segurança que o lar parental oferece, sem emancipar-se financeira e emocionalmente de seus pais*” são alguns dos fatores que colaboram para o aparecimento de novas configurações familiares, tal como o fenômeno do ninho cheio.

Além dessas discrepâncias, os adolescentes têm que lidar com as contradições existentes na atual realidade, que não são poucas. Calligaris (2000) percebe que há uma angústia visível durante esse “*período de moratória*” em que os adolescentes de nossa época são impostos a viver: apesar da maturação corporal, eles são privados de serem reconhecidos e exercerem sua autonomia. Em tom sarcástico esse autor lança a pergunta ao imaginário social: haveria algum motivo para ser infeliz nesse período?

Outra questão que ele levanta diz respeito à comunicação duplo-vinculada existente entre pais e adolescentes, suscitando a possibilidade de se relacionar esse tipo de comunicação à origem de alguns indicadores de rebeldia e comportamento delincente. Calligaris (2000) interpreta a mensagem contraditória que chega aos adolescentes:

os adultos querem coisas contraditórias. Eles pedem uma moratória de minha autonomia, mas o resultado de minha aceitação é que eles não me amam mais como uma criança, nem reconhecem como um par esta ‘coisa’ na qual eu me transformei. Talvez, para ganhar seu amor e reconhecimento, eu não deva então seguir à risca suas indicações e seus pedidos, mas descobrir qual é de fato o desejo deles, atrás do que dizem que querem. Em suma: de fato (e não só em suas recomendações pedagógicas), qual é o ideal dos adultos, para que eu possa apresentá-los

com isso e, portanto ser por eles enfim amado e reconhecido como adulto? (p. 27).

Portanto, de acordo com Calligaris (2000), o adolescente, como bom intérprete que é dos desejos paternos, acaba, por vezes, realizando algum desejo reprimido do adulto. Todavia, tal desejo não foi reprimido sem motivos: o adulto comunica ao filho a aspiração de não repetir a vida e o *status* dos adultos que o constituíram, o adolescente deve, então, desobedecê-los! Mais do que um jogo de palavras, o âmago do paradoxo se configura, como

a virtude essencial que deve ser ensinada é, com efeito, a capacidade de desobedecer. Portanto, obedecer é desobedecer. Mas – complicação – quem desobedece está obedecendo. Difícil tanto obedecer quanto seu contrário (p. 29).

Um bom exemplo disso é a contradição verbalizada por jovens infratores – os sujeitos investigados neste estudo - que exerciam a plena maturidade sexual, social e econômica (por vias lícitas ou ilícitas), ou seja, já vivenciavam experiências da fase adulta, mas ao serem sentenciados como *menores infratores* tiveram seu *status* regredido.

Sobre esse termo “menor” é interessante comentar a posição de Blay (2007) que analisa o uso dessa palavra ao se referir às crianças e adolescentes que se encontram em contextos de pobreza e marginalidade, reafirmando que a adolescência é um conceito ideológico ou socialmente construído. O termo “menor” é amplamente utilizado quando se faz referência à noção da menoridade penal e sua relação com a lei e, por sua vez, percebe-se que não é comum ver pais chamando os coleguinhas (pertencentes à mesma classe social) do seu filho como menores. Considerar a adolescência a partir de uma construção social implica em não haver pré-determinações sobre qual seria o período exato em que a adolescência se inicia e se encerra, tampouco sobre quais resoluções que se darão após esse

processo do desenvolvimento.

Dessa maneira, observam-se muitas adolescências possíveis que variam entre dois extremos, como gradações de cores em um prisma. Existem sujeitos que, por condições externas ao seu amadurecimento e frequentemente ligadas a limitações socioeconômicas, são expostos há um tempo reduzido para vivenciar e elaborar seus conflitos intrapsíquicos. Essa situação pode restringir o campo das experiências emocionais e intelectuais, reduzindo as possibilidades de experimentar a realidade. Em outro extremo, estão os sujeitos que não se sentem adequadamente gratificados em assumir as responsabilidades da vida adulta, recebendo os privilégios infantis que a família alimenta (Levisky, 2001).

Osório (1989), apesar de caracterizar alguns aspectos gerais presentes nesse período, considera que a vivência da adolescência como moratória para a fase adulta é uma regalia das classes mais abastadas. Para os excluídos não há tempo nem espaço para que sejam elaboradas as transformações vivenciadas, “*restam-lhes apenas a experiência de puberdade*” (p. 21). Em outra posição sutilmente diferenciada, Aberastury e Knobel (1988) ressaltam a noção de adolescência não apenas como uma etapa preparatória para a fase adulta, mas como um *continuum* do processo evolutivo; reafirmando que não há uma identidade (pré) determinada a ser conquistada na fase adulta. Essa última perspectiva endossa a sugestão de Penso (2003) sobre a importância da criação de novos parâmetros de compreensão sobre os adolescentes que vivem em condições precárias e que exercem um papel importante no sustento da família, excluindo-se a tendência de psicopatologização *a priori* dessas situações.

Além das diferentes experiências na adolescência refletirem disputas nos campos político e econômico, e também conflitos entre e intra-gerações, é preciso considerar outros fatores como raça, gênero, classe social que irão influenciar na (in)existência do adolescente na sociedade de consumo. Dentre todas as contradições citadas que

caracterizam esse período da vida, soma-se ainda outro paradoxo: a busca por uma identidade que abrange tanto a necessidade de pertencimento quanto necessidade de individualização. Por individualidade Bauman (2005) expressa que

paradoxalmente a 'individualidade' se refere ao 'espírito de grupo' e precisa ser imposta por um aglomerado. Ser um indivíduo significa ser igual a todos no grupo – na verdade, idêntico aos demais. Sob tais circunstâncias, quando a individualidade é um 'imperativo universal' e a condição de todos, o único ato que o faria diferente e, portanto, genuinamente individual seria tentar – de modo desconcertante e surpreendente- não ser um indivíduo (p. 26).

Se a identidade é alcançada mediante o consumo de determinados pacotes que possibilitam uma localização social onde estão localizados aqueles que não possuem o poder de consumo? Ou melhor, quem são eles? Na sociabilidade líquida (Bauman, 2007), em que as relações humanas tornam-se fluídas marcadas pelas identidades híbridas e mutáveis, simultaneamente existem ainda adolescentes que, no auge de seu próprio encontro identitário, recebem sem escolha uma identidade não-negociável: a de não ter identidade.

Caracterização

Apenas como uma primeira aproximação ao tema e para fins deste estudo apresenta-se o resumo da perspectiva de Outeiral (2003) sobre algumas vivências típicas da adolescência (p. 6):

- *Redefinição da imagem corporal: o corpo infantil torna-se corpo adulto;*
- *Elaboração sobre os lutos referentes à perda da condição infantil;*
- *Rompimento da dependência simbiótica dos primeiros objetos de amor para a busca de autonomia e a construção de novos laços afetivos fora do núcleo familiar;*

- *Aumento da atividade intelectual, bem como o aumento da produção da fantasia;*
- *Construção de uma moral própria, sendo observada tanto a crise religiosa, quanto a busca desesperada por ideologias que estabeleçam um código de ética e que retomem a sensação de segurança;*
- *Isolamento e busca pela identificação com grupos de iguais, submetendo-se aos ritos de iniciação como condição para o ingresso no grupo;*
- *Assunção de funções ou papéis sexuais independentes das expectativas familiares, ou condições biológicas de gênero.*

Esse autor se baseou certamente nas observações winnicottianas sobre o adolecer.

Winnicott (1968) citou, há quase três décadas antes, como temas básicos da adolescência:

- *o desenvolvimento emocional do indivíduo;*
- *o papel da mãe e dos pais;*
- *a família como um desenvolvimento natural, em função das necessidades da infância;*
- *o papel das escolas e outros grupamentos, vistos como extensões da ideia familiar e como realce dos padrões familiares pré-estabelecidos;*
- *a imaturidade do adolescente;*
- *a consecução gradativa da maturidade na vida do adolescente;*
- *a consecução, pelo indivíduo, de uma identificação com grupamentos sociais e com a sociedade, sem perda excessiva de espontaneidade pessoal;*
- *a estrutura da sociedade, sendo essa palavra sendo utilizada como substantivo coletivo, sociedade composta de unidades individuais, maduras ou imaturas;*
- *as abstrações da política, da economia, da filosofia e da cultura, vistas como culminação de processos naturais de crescimento;*
- *o mundo como superposição de um bilhão de padrões individuais, uns com os outros (p.145-6).*

De fato, a perspectiva winnicottiana influenciou vários teóricos. Entretanto, outros nomes, inclusive anteriores à Winnicott, também foram importantes para trazer à tona a

definição e reflexão sobre o que é a adolescência, tais como Anna Freud, Melaine Klein, Erick Erickson, Aberastury, dentre outros. Sobre essa última autora, vale destacar a caracterização deste período pelo conceito da síndrome normal da adolescência (Aberastury & Knobel, 1988), entendendo-a como um conjunto de características, tais como:

busca de si mesmo e da identidade; tendência grupal; necessidade de intelectualizar-se e fantasiar, crises religiosas, que podem ir desde o ateísmo mais intransigente até o misticismo mais fervoroso; deslocalização temporal, onde o pensamento adquire as características do pensamento primário, evolução sexual manifesta, que vai do autoerotismo até a heterossexualidade genital adulta, atitude social reivindicatória com tendências anti ou associas de diversas intensidades; contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta, dominação da ação, que constitui a forma de expressão conceitual mais típica deste período da vida, uma separação progressiva dos pais, constantes flutuações do humor e do estado de ânimo (p. 29).

Portanto, o conceito de normalidade envolve dois tipos de critério: o clínico, referente à psicopatologia, e o estatístico, relativo à média da curva normal. Aberastury e Knobel (1988) utilizam “a palavra normal como contraposto ao significado que a palavra síndrome remete: conjunto de sinais, sintomas de um estado patológico” (p.29). Tais características são, portanto, comuns, ou seja, presentes de acordo com as vivências ligadas à determinada cultura que o indivíduo está inserido, não sendo aprioristicamente patológicas ou saudáveis. Entretanto, se tal sintomatologia fosse identificada em um sujeito adulto maduro, esse, por sua vez, teria grande chance de ser considerado doente.

Considera-se importante a contribuição da psicanálise contemporânea que propõe a análise das inter-relações existentes entre clínica e cultura, indivíduo e sociedade. Trata-se da construção de um olhar psicossocial que, necessariamente, deve extrapolar a interdisciplinariedade, na tentativa de se chegar a transdisciplinaridade, tal como propõe

Passos e Barros (2000).

Para tanto, torna-se necessário retomar, brevemente, a perspectiva psicanalítica que sustenta tais observações. Não se trata de realizar uma ampla análise dos escritos sobre o desenvolvimento biopsíquico, mas sim de entender a lógica subjacente que permite tais autores chegarem a determinadas aproximações sobre esse tema complexo, a adolescência.

Privilegiar-se-á nesse trabalho a contribuição de Winnicott sobre o desenvolvimento humano. Apesar desse autor inicialmente propor a amplificação dos conceitos anteriormente desenvolvidos por Freud, sendo, inclusive, considerado um de seus seguidores mais leais, a visão winnicottiana se diferencia da freudiana em algumas perspectivas que trazem implicações importantes para esse trabalho. O presente estudo não tem por objetivo esgotar as diferenças entre Freud e Winnicott; no entanto, se faz necessário explorar alguns conceitos pontuais que serão chave para a compreensão da adolescência, seja no sofrimento psíquico, na delinquência, ou em ambas.

1.2. PSICOPATHOLOGIA E ADOLESCÊNCIA

A questão do sofrimento é uma tema bastante profícuo não somente no campo da psicologia e da medicina, mas, principalmente, da filosofia. Pensar em sofrimento é pensar sobre a concepção de homem inevitavelmente e, por esse motivo, sugem várias formas de analisar tal questão. A noção de sofrimento abordada nesse trabalho está relacionada à noção de *pathos*, paixão, ou emoção inerente ao ser-no-mundo. Amplia-se a noção moderna de sofrimento ligada apenas à doença, reconhecendo que o *pathos* refere-se ao modo afetivo que o sujeito encontrou para lidar com uma realidade insuportável em um determinado momento (Martins, 1994). A fim de manter a visão complexa sobre o indivíduo é fundamental abandonar as considerações puramente classificatórias e descritivas de modo que as potencialidades possam ser reconhecidas.

Partindo da proposta psicanalítica, tem-se como orientação básica a noção de que a subjetividade só é possível de ser construída a partir da relação com o outro e que essas interações nas primeiras fases da vida tem uma importância consideravelmente relevante para o desenvolvimento; e nisso, a maioria dos psicanalistas concorda. Apesar das diversas reformulações sobre a adolescência, o texto de Freud ainda se constitui como referência privilegiada, sendo o ponto de partida para diversas discussões (Matheus, 2007). Como bem enfatizam Outeiral e Araújo (2001), o texto Totem e Tabu de Freud (1969) aborda temas que permeiam a compreensão psicanalítica sobre a adolescência: “*o terror ao incesto, a exogamia, o animismo, a magia e a onipotência do pensamento, o retorno do totemismo na infância, as fobias, o complexo de Édipo e o parricídio*” (Outeiral & Araújo, 2001, p. 340).

Outeiral (2003) atenta para o fato de Freud ter tido vários pacientes adolescentes; entretanto, ele não se dedicou exclusivamente ao tema, como sua filha, Anna Freud assim o fez. Dentro dessa linha de pensamento, a adolescência se constitui como uma reedição dos estádios vividos (fase oral, anal, fálica, genital e latência). A relativa estabilidade percebida no período de latência passa a ser reavaliada, devido aos desejos genitais. A adolescência constitui, dessa maneira, a ponte entre a sexualidade difusa infantil e a sexualidade adulta centrada na genitalidade (Freud, 1976). Por sua vez, a dissociação entre o biológico (a puberdade) e os diversos níveis de maturação psicossocial (adolescência) passa a ser vivida de maneira “*tanto mais intensa quanto maiores tiverem sido os pontos de fixação e as características regressivas da infância*” (Levisky, 2001, p. 27).

Considera-se, portanto, que a adolescência pode ser entendida como a segunda grande etapa do desenvolvimento humano, sendo a primeira passagem aquela que ocorre entre a dependência absoluta e a diferenciação em relação à figura materna. Essa passagem também é conhecida como dessimbiotização (Mahler, 1968, em Levisky, 2001).

Acrescenta-se ainda que nesse processo evolutivo de adolecer pode ocorrer tanto uma desestruturação como uma reorganização estrutural da personalidade e da identidade em direção à personalidade adulta. A busca pela identidade talvez seja considerada o tema central na adolescência, sendo essa o resultado dos processos de identificações. Por identificação entende-se como “*o processo psicobiológico por meio do qual um indivíduo assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e o transforma, total ou parcialmente, a partir daquele modelo*”, conforme resumem Laplanche e Pontalis (2000, p. 226).

Assim, Winnicott (1963c, p. 172) sintetiza as necessidades que os adolescentes apresentam, em três pontos:

- ✓ *A necessidade de evitar a solução falsa: a necessidade de se sentirem verdadeiros ou de tolerarem não sentir nada;*
- ✓ *A necessidade de desafiar - num contexto em que a dependência deles é satisfeita e podem confiar em que continuará sendo satisfeita;*
- ✓ *A necessidade de espicaçar constantemente a sociedade, para que o antagonismo da sociedade se manifeste e possa ser enfrentado com antagonismo.*

Definitivamente, o adolescente busca sentir-se vivo, verdadeiro, consciente e coerente com seus próprios desejos. Levisky (2001) sintetiza que a tendência de buscar o verdadeiro *self* é intimamente ligada ao período de integração, no qual a mãe se submete à onipotência do filho, permitindo que ele experimente a ilusão.

Por ilusão, Winnicott (1945, p. 280) define como “*uma experiência que o bebê pode tomar como alucinação ou como algo que pertence à realidade externa*”. Para tanto, é necessário uma mãe (que não deve ser perfeita, mas que seja suficientemente boa) para atender o desejo do filho. Por meio do encontro do bebê (e sua voracidade) com o seio da mãe (e sua disposição para ser devorado) é que se estabelece a ilusão, a relação primária

com a realidade externa. Para elucidar como se dá esse processo de apreensão da realidade, Winnicott (1945) descreve:

em outras palavras, o bebê vem ao seio quando excitado e pronto para alucinar algo apropriado para ser atacado. Neste momento, o mamilo real aparece e ele é capaz de sentir que se trata do mamilo que ele alucinou. Desta forma suas ideias são enriquecidas por detalhes reais de visão, sensação e cheiro e, da próxima vez, este material será usado na alucinação. Deste modo, ele começa a construir uma capacidade de evocar o que é realmente disponível (p. 279).

Esse conceito se diferencia do proposto por Freud, uma vez que ele utiliza o termo ilusão como referência ao mecanismo de defesa utilizado para lidar com a frustração da realidade externa. Ilusão em Freud é “*um recurso para a descarga prazerosa*” como descreveu Neto (2009, p. 119), enquanto, para Winnicott, consiste em um espaço transicional, saudável para o desenvolvimento. Essa questão da ilusão remete a outra diferença essencial entre Freud e Winnicott: esse último se caracteriza pelo rompimento com o resquício do pensamento moderno em Freud, a tentativa de identificar aquilo que é externo ou interno, inato ou adquirido. Rompendo com a dicotomia entre a realidade subjetiva e a realidade compartilhada, Winnicott cria a noção de realidade transicional que, de acordo com Safra (2009):

acontece a partir do momento em que a criança já experimentou a confiabilidade ofertada pelo objeto e alcança a consciência de eu e não-eu, por meio da sua primeira possessão, coloca-se em viagem em direção à realidade compartilhada (p. 18).

No extremo oposto, na teoria winnicottiana, a mãe que repetidamente não atende o desejo de seu filho, não permite que ele incremente a fantasia por meio da experiência da ilusão. A mãe acaba por impor seu próprio desejo sobre a criança, tolhendo a raiz da espontaneidade e da criatividade. Resta ao bebê adaptar-se àquela situação, desenvolvendo

um falso *self*. Na adolescência, o sujeito pode utilizar-se de um falso *self* como um trampolim para se chegar ao verdadeiro *self*. Esse movimento pode ser mais claramente observado quando o adolescente gradativamente se distancia das figuras parentais para experimentar no grupo dos iguais outras formas de ser no mundo. É comum o adolescente utilizar-se de certos maneirismos característicos de determinados grupos, bastante estereotipados, trata-se nesse caso, da adequada utilização de falso *self* como propõe Levisky (2001). Vale ressaltar a posição de Costa (2006) quando elucida a afirmação de Winnicott sobre determinados estados patológicos, tal como a psicose. O ambiente não deve ser entendido por meio de uma relação causal na qual a presença de experiências traumáticas severas ou a ocorrência de eventos adversos durante a primeira infância geram o falso *self*. Costa (2006) esclarece o pensamento de Winnicott, considerando que esse autor

se refere (1960/1983) a um falso self e inscreve na patologia deste falso self um amplo leque de doenças, como as psicoses, os quadros borderline, a depressão e o suicídio. De um modo geral, nas enfermidades, incluindo-se também as neuroses, encontram-se presentes os aspectos menos autênticos (mais falsos) da personalidade (p. 9).

Outeiral e Araújo (2001) consideram que a formação de grupos funciona como objeto transicional. Na verdade, o adolescente sente-se extremamente solitário, não somente por se sentir incompreendido e sem o amor de seus pais, mas também pela tendência ao isolamento. Com relação à tendência ao isolamento, Winnicott (1963c) enfatiza que

o adolescente está repetindo uma fase essencial da infância, pois o bebê também é um ser isolado, pelo menos até que seja capaz de estabelecer a capacidade de relacionamento com os objetos que estão fora de seu controle mágico (p. 165).

A perda dos pais da infância está ligada às mudanças físicas que acompanham a puberdade e, por sua vez, implicam em uma nova vivência com o corpo e no estabelecimento de novas configurações sociais. O adolescente perde, então, o status infantil. Inicia-se um processo de elaboração sobre as perdas: perda do corpo infantil, dos pais da infância, da identidade infantil. Esse processo de luto é vivido de modo intenso, gerando, inevitavelmente, sofrimento.

Knobel (2007) salienta ainda que a elaboração dessas perdas somente poderia ser feita por meio da vivência de estados depressivos que caracterizam o luto, parte integrante da chamada *síndrome da adolescência normal*. Períodos de depressão, experiências com drogas e álcool, bem como a presença de transtornos alimentares também são comuns de serem observados. Relacionado ao processo de luto, têm-se também a angústia, os sentimentos de estranhamento e persecutoriedade. A angústia está ligada à percepção dos processos que estão fora de seu controle, de maneira que “*o adolescente inicia o processo de tornar-se adulto que não se conhece nem se reconhece nele*” (Ferreira, 2009, p. 218).

Entretanto, não é somente o adolescente que perde seus pais da infância, eles também perdem o filhinho. Portanto, como Aberastury e Knobel (1988) salientam, não é somente o adolescente que passa por esse processo dolorido, mas também os pais. Esses, muitas vezes, têm dificuldade de aceitar o desenvolvimento dos filhos, vivenciando sentimentos de rejeição e incompreensão frente às manifestações típicas da adolescência. Lidar com a adolescência do filho leva os pais a lidarem com as questões relativas à própria adolescência, suscitando vários tipos de sentimento que, por vezes, podem ser encobertos ora por uma liberdade excessiva – que pode ser vivenciada pelo adolescente como abandono, ora pela coação por meio da restrição da liberdade e do dinheiro (Aberastury & Knobel, 1988).

Outeiral e Araújo (2001) reafirmam que os constantes conflitos de aproximação e

distanciamento, de apego e oposição aos pais são movimentos típicos da adolescência. Por sua vez, os genitores precisam sustentar o lugar de adulto, cumprindo a difícil tarefa de oferecer um ambiente continente e integrando, sustentando o confronto e o constante desafio. A responsabilidade (de adulto) assumida pelas figuras parentais permite que o adolescente possa experimentar a liberdade de ter ideias e agir impulsivamente (Outeiral & Araújo, 2001).

Aberastury e Knobel (1988) sintetizam a perspectiva winnicottiana sobre psicopatologia do adolescente usando como critério de avaliação para inferir sobre a intensidade do comprometimento do *self* a conjunção de fatores internos (a saúde pessoal) e dos fatores externos (o suporte do ambiente).

Sobre o ambiente, vale destacar a percepção de Winnicott (1963c) sobre a influência de algumas mudanças sociais que marcaram aquela época. A extinção de doenças sexualmente transmissíveis (ainda não se falava sobre o vírus HIV), o surgimento da pílula anticoncepcional e a fabricação da bomba atômica marcaram a sociedade daquele período, no sentido em que a violência e o sexo descobertos na adolescência ficaram em maior evidência.

Citando ainda Outeiral e Araújo (2001) é preciso repensar a retomada dessa análise sobre a contemporaneidade, considerando o reaparecimento de doenças sexualmente transmissíveis, como a SIDA e o HPV, os novos anticoncepcionais, o fim da Guerra Fria, a vitória do capitalismo e o fortalecimento da sociedade de consumo, a criação de novos meios de comunicação e de novos espaços, como o ciberespaço, de modo que novas questões se impõem à sociedade. É necessário, portanto, uma análise mais detalhada sobre qual parcela da sociedade se fala quando se faz referência a adolescência em questão.

Dessa maneira, observa-se que outra característica da adolescência é constituir-se em um período durante o qual se pode observar a ocorrência de sintomas que geram

dúvidas quanto ao fato de se tratarem de sinais pré-clínicos e prodrômicos de uma morbidade psíquica ou de sinais biopsíquicos de uma fase de grandes transformações na vida da pessoa, que é a puberdade (Ballone, 2003; Costa, 2006). A proposta de se considerar a Síndrome da Adolescência Normal, criada há mais de trinta anos por Aberastury e Knobel (1988), contribui para uma compreensão flexível (complexa) sobre contradições inerentes a essa fase.

Ademais, alguns autores salientam sobre o grau de co-morbidades de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes que apresentam um número significativamente maior se comparados aos casos encontrados nos transtornos adultos. Tal particularidade traz importantes implicações tanto para o processo diagnóstico como para as abordagens terapêuticas, psicofarmacológicas e psicoterápicas dessa população (Rohde e cols., 2000, em Esposito & Savoia, 2006).

Torna-se claro que os sintomas não são uma indicação automática e suficiente para existência de uma doença que acomete o adolescente. Desse modo, os sinais característicos de determinada patologia devem ser analisados levando-se em consideração a intensidade do sofrimento que se manifesta no sujeito, ou seja, do comprometimento do *self*.

Outeiral (2003) propõe a análise por quatro diferentes perspectivas para se estabelecer o diagnóstico na adolescência, têm-se: a intensidade do sintoma, a persistência ou transitoriedade do sintoma, significado regressivo do sintoma e polimorfismo sintomático, ou seja, a capacidade de utilizar-se de vários recursos frente a uma situação desafiadora. Além disso, quando há a identificação de um fator ou evento desencadeante dos sintomas o prognóstico é mais favorável. Todavia, não se pode dizer o mesmo quando se percebe a repetição de sintomas de significado clínico similar aos que ocorreram na infância (Outeiral, 2003). Como exemplos de outros sinais que indicam uma evolução favorável, têm-se

o bom contato com familiares, ausência de antecedentes infantis de agressividade impulsiva, ingestão esporádica de drogas, prática de esportes ou hobbies, atividade heterossexual predominante, desejo manifesto ou latente de buscar ajuda e presença de níveis significativos de ansiedade e evidencia de certo grau de consciência da inadequação de seu comportamento (p. 23).

E sugerem, como uma evolução possivelmente desfavorável:

a frieza ou indiferença afetiva com o grupo familiar, presença de antecedentes infantis de agressividade impulsiva, ingestão sistemática de drogas em escala, área de lazer circunscrita à prática de nítido sentido auto ou heterodestrutivo, atividade homossexual dominante, ausência de qualquer motivação para submeter-se à psicoterapia, ausência de ansiedade evidente e nenhum grau de consciência da inadequação de sua conduta (Osório, 1982, em Outeiral, 2003, p.23).

Cabe lembrar que todo discurso científico possui um caráter moral, político e cultural inerente à tentativa de neutralidade, revelando inevitavelmente algum grau de pessoalidade e, principalmente, características de um período histórico numa dada sociedade.

No que tange ao despertar da sexualidade genital, pode-se afirmar que ela se baseia inicialmente no autoerotismo. A atividade masturbatória pode servir como uma atividade lúdica, que faz parte do desenvolvimento, de acordo com Levisky (2001). Acrescenta-se ainda que essa atividade pode se constituir também “*como uma forma repetitiva de desvencilhar-se do sexo, mais do que uma forma de experiência sexual*” (Winnicott, 1963c, p. 166). Ademais, segundo Levisky (2001), a prática homossexual na adolescência é considerada normal e “*pode estar ligada à necessidade de aprendizagem de ambos os papéis sexuais ou ser uma tentativa defensiva para manter a bissexualidade infantil*” (p. 60).

Portanto, Winnicott (1963b) propõe que tanto a masturbação como as atividades

hetero ou homossexuais compulsivas também podem servir ao propósito de livrar-se da tensão sexual numa época em que ainda não se desenvolveu a capacidade de união entre seres humanos totais. A homossexualidade, desta maneira, é entendida como uma resolução possível, não patológica, sendo apenas considerada como uma evolução desfavorável da adolescência quando há vivência de sofrimento relativo a esse tema.

Adição também constitui um tema polêmico. Outeiral (2003) resgata a etimologia da palavra grega que se refere à expressão *ad + dictum*, ou seja, sem fala. Entretanto, o silêncio, também considerado uma forma de comunicação, que se instala na adição leva o adolescente à visibilidade ou à invisibilidade? Para responder a essa pergunta, outras questões se inserem sobre o uso de drogas, como por exemplo, o que leva o adolescente a consumir drogas. Quais são as vicissitudes do uso de drogas lícitas e ilícitas? Quais são os aspectos envolvidos no uso esporádico de drogas e na toxicomania e suas possíveis significações?

Outeiral (2003) diferencia o conceito de toxicomania da adição. O primeiro diz respeito à ingestão de doses crescentes de substâncias tóxicas, por sua vez, a adição estende a noção de dependência ao outro e à sexualidade. O autor organiza os fatores que podem levar o adolescente a usar de drogas em dois grupos: os sociais (a sociedade, a família e o grupo dos iguais) e os individuais (os aspectos psicobiológicos). Os aspectos vinculados à influência da sociedade no uso de drogas são inúmeros, mas, pode-se citar: a influência de costumes regionais, da mídia e da lei. A análise dos aspectos familiares envolvidos pode ser analisada a partir da identificação de papéis e da dinâmica familiar. Por sua vez, o grupo dos iguais pode incentivar o uso de drogas como um ritual de iniciação e um movimento de transgressão (p. 41-2).

A referência à psicanálise auxilia na compreensão dos aspectos psicobiológicos envolvidos na adição. A relação mãe-bebê é fundamental para o estabelecimento da

confiança que o bebê tem em si mesmo. Se a mãe, ao invés de prover o ambiente facilitador para que o bebê se diferencie, utiliza essa relação para satisfazer suas próprias ansiedades, o bebê passa a ser induzido a uma relação aditiva à presença da mãe. Esse laço aditivo impede que o sujeito crie relações com objetos transicionais, importantes para o contato com a realidade compartilhada (Menahem, 1999, em Outeiral, 2003).

As diferenças entre drogas lícitas e ilícitas podem ser analisadas sob o aspecto jurídico, seus efeitos neuroquímicos, sob suas representações sociais, dentre outros. Entretanto, Outeiral (2003) cita o critério da Organização Mundial de Saúde que entende uma pessoa como dependente se o nível de consumo da droga (seja essa lícita ou ilícita) ocorrer, ao longo dos últimos 12 meses antecedentes ao diagnóstico, em pelo menos três dos seis sintomas ou sinais:

a) forte desejo ou compulsão para consumir a droga; b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir substâncias em termos de seu início, término ou níveis de consumo; c) um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por uma Síndrome de Abstinência característica para a substância (ou uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência; d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas; e) abandono progressivo dos prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos; f) persistência no uso da substância a despeito da evidência clara de consequências manifestas nocivas (p. 40).

Em uma perspectiva muito próxima da noção proposta por Winnicott, Ballone (2003, em Costa, 2006) utiliza o termo egodistônico para se referir à vivência de sofrimento, termo que sugere remeter-se à referência de *falso self adaptativo* proposta por Winnicott. Os sinais egodistônicos são percebidos quando, por exemplo, adolescentes que

eram socialmente ativos podem tornar-se retraídos, perdendo o interesse em atividades com as quais anteriormente sentiam prazer, sendo menos falantes e curiosos, e passando a maior parte de seu tempo na cama. Esses sintomas envolvem também disfunções cognitivas com prejuízo da crítica, alterações da sensopercepção, distúrbios do pensamento, da linguagem, da comunicação, do comportamento, da volição, dos impulsos, da atenção e do afeto. Todo esse conjunto sintomático acaba por resultar em sério prejuízo no funcionamento ocupacional ou social (Ballone, 2003, Costa, 2003).

Nota-se, assim, a atualidade da teoria de Winnicott, apesar deste ter vivido em um período com questões sociais diferentes das que se observam hoje. Quando esse autor se propõe a estudar a psicopatologia do adolescente, têm-se como temas centrais a depressão e a delinquência, exatamente as mesmas questões que atualmente preocupam tanto os pais quanto as autoridades governamentais e que serão abordadas neste trabalho.

Além disso, Winnicott contribuiu para que surgissem análises parciais sobre o ser humano, não necessitando *a priori* de uma classificação estrutural sobre a personalidade. Esse novo olhar vai ao encontro do chamado sofrimento psíquico grave.

1.3. SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE E ADOLESCÊNCIA

Como bem ressaltou Costa (2007), deve-se pensar em novos modos de compreender o sofrimento a partir do questionamento sobre quando determinadas vivências tornam-se insuportáveis e quais as potencialidades do sujeito que podem sustentá-lo diante dessa realidade, rejeitando qualquer definição pré-estabelecida.

Desse modo, a expressão sofrimento psíquico grave proposta por Costa (2003, 2007) define-se como

um constructo que nos dá liberdade para falar de crises intensas de cunho 'normal' ou psicótico, com a mesma consideração essencial, ou seja, a de que é um sofrimento humano, natural, com peculiaridades e

contextos próprios, que pode ser manifesto em indivíduos ou relações. Fala, portanto, de um fenômeno existencial essencialmente humano: a angústia (p. 115).

Esse termo foi proposto por Costa (2006) para designar

não só tudo aquilo que está sob o domínio da definição de psicose, mas para apontar alguns desafios filosóficos: a) buscar superar a classificação nosográfica, empiricista, categorial e sintomatológica das classificações psiquiátricas, que, por si só, se pretendem atóricas (o que é um equívoco); b) apontar mais para fenômenos existenciais, fenomenológicos, de cunho interno, relacional e dinâmico, que falam da angústia humana, das contradições da estruturação psíquica, do sofrimento (psíquico, afetivo, emocional, relacional), para além do sintoma e c) tentar resgatar, portanto, a dimensão ‘normal’, ‘natural’, ‘inerente’ de qualquer sofrimento humano, inclusive daqueles tidos como psicóticos. Neste sentido, o qualificativo ‘grave’ se refere tão somente à intensidade do sofrimento e não a uma classificação específica, buscando resgatar a dimensão contígua de todo sofrimento humano, de um extremo (‘suportável’) a outro (‘desorganizado’) (p. 9).

O sofrimento é entendido a partir da relação com o outro e esta é, portanto, uma resposta que o sujeito dá ao pertencer ao espaço relacional e social. Ainda que os sintomas expressados pelo sujeito sejam semelhantes aos de outras pessoas, a manifestação subjetiva do sofrimento é sempre exclusiva do indivíduo e irredutível, ou seja, não se pode limitá-lo apenas a uma classificação geral. Assim, a noção de sofrimento psíquico grave remete a noção de crise como sendo “*um momento de ruptura ou uma mudança de curso de um equilíbrio previamente estabelecido, levando a desarticulações que podemos chamar de psicossociais da pessoa*” (Costa, 2006, p. 5).

Esse autor (2006) acrescenta ainda que o entendimento do sofrimento enquanto angústia permite que a compreensão sobre esse fenômeno não se encerre em definições,

mas antes em interrogações, permitindo que os sinais sejam entendidos, em primeiro lugar, como “*a necessidade de uma atenção diferenciada para o sofrimento psíquico*” (p. 14).

No Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica (GIPSI) fala-se do sofrimento psíquico grave do tipo psicótico quando se refere a uma fase prodromica, ou seja, quando há a presença de algumas alterações graduais e egodistônicas no comportamento do indivíduo que não necessariamente culminam na psicose. De acordo com DSM-IV e CID-10, entende-se por sintoma psicótico na adolescência: ideias delirantes, empobrecimento afetivo, alucinações, perda da lógica, desorganização do discurso, perda da vontade, desorganização no comportamento e disfunção social (Costa, 2006).

A experiência no atendimento a adolescentes no GIPSI, descrita por Costa (2006), permite afirmar que muitos dos considerados sintomas negativos nas psicoses (manifestações de depressão, retraimento pessoal e interacional, timidez, ansiedade generalizada, busca por drogas, furtos, dificuldades escolares, agressividade, desorganização, distúrbios do sono, da atenção e da concentração e pródromos por excelência) não se referem necessariamente a sinais típicos de psicose, podendo caracterizar um desenvolvimento natural, processual, da adolescência, circunscritos por contextos específicos.

Ao explorar a temática do sofrimento de adolescentes em conflito com a lei e sob medida sócio-educativa de privação de liberdade, novos questionamentos se impõem sobre o modo como se deve abordar a delinquência juvenil. Qual é a origem da delinquência? Deve-se privilegiar a análise da delinquência, do delito ou do delinquente e quais são as implicações da escolha por determinada análise? Como se propõe a entender a delinquência nesse trabalho? Quais são as relações possíveis entre delinquência e loucura?

A partir dessas perguntas o presente estudo pretende se aproximar da questão do

sofrimento psíquico em adolescentes submetidos à medida sócio-educativa de privação de liberdade.

CAPÍTULO 2

DA TENDÊNCIA ANTISOCIAL À DELINQUÊNCIA: SOBRE AGRESSIVIDADE, PRIVAÇÃO E VIOLÊNCIA

Até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso. Nunca se sabe qual é o defeito que sustenta nosso edifício inteiro.

Clarice Lispector

Selosse (1997, em Zuim, 2005) organizou diversos pontos de vista sobre o conceito de delinquência dividindo-os em:

a) visão etiológica que define a delinquência juvenil como um problema de relação, buscando a origem nas perturbações ou carências de afetos sociais; b) aspecto sociocultural na qual a delinquência é entendida como uma realidade social que ocorre em todas as situações de desequilíbrio, de natureza ecológica, sociocultural ou conflitual; c) olhar da regulação, da aprendizagem de regras sociais; e por fim, d) abordagem interacionista cuja análise enfatiza a função dos personagens, ou seja, a definição de um comportamento delinquente não depende do ato social em si, mas de suas representações sociais. (p.29-35).

Certamente cada uma dessas perspectivas traz contribuições importantes para a compreensão desse fenômeno. Entretanto, fidelizar-se a um ou outro ponto de vista seria reduzir a análise da complexidade inerente à questão da violência e do sofrimento. Assim, mais uma vez, a abordagem winnicottiana é utilizada como fio condutor dessa grande teia de variáveis, permitindo a articulação entre os vários campos do conhecimento.

Outeiral (2007) retrata o momento histórico em que Winnicott formulou grande parte de sua teoria relacionada à tendência antissocial: durante a II Guerra Mundial, ele

assumiu o cargo de Consultor do plano de Evacuação Governamental em um dos campos de recepção de crianças evacuadas de Londres para o interior do país, no caso, Oxfordshire. Era um momento difícil para todos e especialmente para as crianças que foram separadas de suas famílias e vivenciaram várias perdas ligadas à Guerra. Os comportamentos bizarros e a delinquência se tornaram as principais questões a serem resolvidas na situação dos alojamentos naquela época (Winnicott, 2005). Ao lidar com aquelas crianças, professores, terapeutas e juízes, pensava-se sobre qual era a origem dos comportamentos agressivos e que fatores se relacionavam a esse fenômeno.

Os escritos de Winnicott relativos às várias facetas da tendência antissocial foram organizados em uma obra póstuma por sua segunda esposa, Clare Winnicott (2005) – *Deprivation and Delinquency*, traduzido como *Privação e Delinquência*, publicado em 2005. Há de fato, referência a esses dois termos, que não têm o mesmo significado: privação e deprivação. Na introdução referente à segunda parte do livro, *Natureza e Origens da Tendência Antissocial*, são esclarecidos os estudos sobre agressão construídos por Donald Winnicott, enfatizando-se o impacto que a tendência antissocial teve na compreensão sobre o desenvolvimento humano. Uma série de termos é utilizada – agressão, tendência antissocial, violência, delinquência, privação e deprivação, todos esses conceitos são fundamentais para entender a questão central nesse trabalho: quais são as significações possíveis do sofrimento psíquico em adolescentes em conflito com a lei?

2.1. SOBRE A TENDÊNCIA ANTISSOCIAL

Escrever sobre a tendência antissocial não é original de Winnicott. Aliás, o interesse sobre o comportamento infrator sempre permeou os escritos psicanalíticos. Ferraz (2006) sintetiza a contribuição de vários autores sobre a tendência antissocial, começando por Freud, passando por Karl Abraham, Melanie Klein e por último, mas não menos

importante, Winnicott, considerado um dos autores que mais contribuiu com ideias originais para o entendimento desse tema.

Freud é conhecido por herdar a visão pessimista de Thomas Hobbes sobre a essência humana (*homo homini lupus*) sendo necessário ao homem submeter-se aos processos civilizatórios a fim de se perpetuar enquanto espécie, constituindo o grande *mal-estar na civilização*. De acordo com Ferraz (2006) a inovação de Freud para a compreensão das tendências antissociais rompeu com o senso comum no sentido que ele propôs como origem dos atos infracionais a busca por punição. Os conceitos como pulsão de morte (*todestrieb*) e a noção de superego severo propostos por Freud (1923 em Ferraz, 2006) permitiram ao autor inferir sobre a semelhança existente entre a melancolia e as tendências antissociais: *“a tendência para a destruição pode estar presente em uma satisfação libidinal, satisfação sexual voltada para o objeto ou fruição narcísica. O componente pulsional destrutivo desempenha seu papel contando com o reforço de componentes eróticos”* (Ferraz, 2006, p. 175).

Por sua vez, Karl Abraham contribuiu para a sistematização sobre o estudo da cleptomania a partir da análise das organizações libidinais pré-genitais. Assim, segundo esse autor, a cleptomania *“estaria ligada a um ponto da organização libidinal próprio da paranoia, mas, combinado a isso, existiriam os mecanismos de incorporação do objeto característicos da melancolia, isto é, da incorporação oral”*, como sintetiza Ferraz (p. 175). Os sintomas de cleptomania (percebidos, na sua maioria, em mulheres) representavam o desejo inconsciente da apropriação de partes invejadas do pai. Esse autor também estudou a questão simbólica do dinheiro, cujo significado em alemão da palavra *vermogen* refere-se à capacidade, potência sexual, fazendo uma referência clara à noção de inveja do pênis (Ferraz, 2006).

Abraham abriu um campo de estudo que permitiu a Melanie Klein propor novas

indagações. Ao invés da autora entender o desenvolvimento humano tal como Freud, por meio de fases que se sobrepunham, Melanie Klein desenvolveu os conceitos de posição depressiva e posição esquizo-paranoide. A posição depressiva se refere à capacidade de reparação que o bebê adquire após perceber que a mãe atacada quando está excitado é a mesma que ele ama nos momentos tranquilos. A posição esquizo-paranoide se opõe a depressiva no sentido que *“a ansiedade dominante é o medo de que os perseguidores destruam o eu”* (Segal, 1979 em Ferraz, 2006, p. 179). Ainda sob as palavras de Ferraz,

a frustração é sentida pelo bebê como perseguição, ou seja, a falta do objeto é vivenciada como um ataque desferido pelos objetos maus. Disso resulta o reforço da divisão entre um objeto ideal e um objeto mau. (p. 179).

Para Melanie Klein, a origem dos sintomas antissociais se encontra na ausência de cuidados maternos, nos tratos violentos ou no abuso sexual vividos na infância, não permitindo que a criança alcance a posição depressiva e seja capaz de sentir culpa. As fantasias de perseguição vivenciadas por essas crianças são colocadas em prática na realidade. Por esses motivos, como resume Ferraz (2006), a criança atua de modo agressivo e associal.

A compreensão de Winnicott sobre a tendência antissocial se aproxima mais de Melanie Klein do que de Freud. Winnicott (1950-5) utiliza a noção proposta por Melanie Klein sobre a *posição depressiva* para entender o estágio da preocupação necessário para o amadurecimento da capacidade de envolvimento, como se pode perceber no trecho:

quando saudável, o bebê pode sustentar a culpa e, desta forma, com a ajuda de uma mãe pessoal e viva (que personifica um fator temporal), é capaz de descobrir seu próprio ímpeto pessoal de dar, construir e reparar. Desse modo, grande parte da agressão se transforma em funções sociais, aparecendo como tal. Em tempos de desespero (quando não se acha ninguém que aceite um presente, ou que não reconheça o

esforço feito para reparar), esta transformação se desfaz e a agressão reaparece (p. 358).

Winnicott diverge de Freud uma vez que ele não considera que essa tendência seja regida pela pulsão de morte. Winnicott, ao contrário, considera o ato infracional como um sinal de esperança e, portanto, um movimento ligado à vida. No que tange a compreensão sobre o desenvolvimento humano pode-se afirmar que esse autor concentrou seus estudos sobre o desenvolvimento infantil que ocorre antes do processo de integração, ou seja, propôs a análise de um período anterior ao que Freud considerou como fase oral. Percebe-se que a tendência antissocial está intimamente ligada ao conceito de agressividade. Dessa forma, a perspectiva winnicottiana sobre a origem da tendência antissocial implica em uma nova compreensão sobre as origens da agressão.

2.2. SOBRE AGRESSÃO E SUAS ORIGENS NA PERSPECTIVA WINNICOTIANA

Primeiramente, o que significa agressão? Laplanche e Pontalis (2000) a resume como:

tendência ou conjunto de tendências que se atualizam em comportamentos reais ou fantasísticos que visam prejudicar o outro, destruí-lo, constrangê-lo, humilhá-lo, etc. A agressão conhece outras modalidades além da ação motora violenta e destruidora; não existe comportamento, quer negativo (recusa de auxílio, por exemplo), quer positivo, simbólico (ironia, por exemplo) ou efetivamente concretizado, que não possa funcionar como agressão. A psicanálise atribuiu uma importância crescente à agressividade, mostrando-a em operações desde cedo no desenvolvimento do sujeito e sublinhando o mecanismo complexo da sua união com a sexualidade e da sua separação dela. Esta evolução das ideias culmina com a tentativa de procurar na agressividade um substrato pulsional único e fundamental na noção de pulsão de morte (p. 11).

A definição de Laplanche e Pontalis (2000) faz referência à posição freudiana. Por sua vez, Winnicott (1950-5) sofisticou sua teoria sobre a agressividade ao longo dos tempos. Ao afirmar que “*amor e ódio envolvem agressividade*” (Winnicott, 1939, p. 93), esse autor se refere ao processo de elaboração e reparação da “*expressão mais primitiva do amor – a agressão*” (Winnicott, 1950-5, p. 356). Esse autor descarta a possibilidade de se entender o comportamento agressivo como fruto exclusivo dos instintos agressivos primitivos e passa a compreendê-lo por meio da percepção de que há uma atividade motora, conhecida como voracidade ou motilidade. Trata-se do período nomeado pré-remorso, de maneira que o bebê não se importa com as consequências que seu ato pode trazer para o corpo da mãe, pois, inicialmente, ele não se percebe diferente da mãe.

A agressão primitiva, ou seja, a voracidade é percebida quando o bebê está excitado (e não frustrado). Desse modo, ele está, na verdade, em busca de satisfação. Na presença de uma mãe suficientemente boa, que se submete ao desejo do filho, o bebê tem o sentimento de onipotência, isso significa dizer que ele percebe a realidade de forma mágica: quando ele deseja o seio, ele aparece, quando não o deseja mais, o aniquila. Essa sensação de onipotência é essencial para o processo de integração, uma vez que se parte do princípio que o bebê é um ser não-integrado, não havendo a diferenciação entre eu e não-eu.

Neste sentido, na fase de dependência absoluta, de acordo com a própria definição, há a dependência total do bebê à sua mãe. A devoção da mãe permite que o bebê se sinta onipotente e por sua vez, seja capaz de alucinar. Essa fase é extremamente importante porque é a partir dessa capacidade que o bebê tem de alucinar com aquilo que está disponível no ambiente que o movimento de ilusão se estabelece. A ilusão funciona como espaço transicional entre o ambiente interno e a realidade compartilhada. É um espaço de experimentação. É a partir desse espaço que o bebê adquire a confiança em si mesmo para

diferenciar-se da mãe.

Com o passar do tempo, a partir da percepção da mãe em seus momentos tranquilos, há a junção das imagens, sensações olfativas e tácteis que permitem ao bebê associar que a mãe dos momentos tranquilos (mãe ambiente) é a mesma dos momentos de excitação (mãe objeto). Dessa maneira, o bebê passa a sentir raiva, na qual suas fontes básicas são: impulsos agressivos inocentes em direção aos objetos frustrantes e impulsos produtores de culpa em direção aos objetos bons. Assim, o bebê passa não somente a se preocupar com o resultado dos efeitos sobre o corpo da mãe, mas também passa a sentir os resultados das experiências no seu próprio plano psicológico e físico. Trata-se de um período intermediário em que a capacidade de sentir culpa começa a ser adquirida, gradativamente, em movimentos oscilatórios de aquisição e perda (Winnicott, 1950-5).

A partir dessa percepção o bebê tende a conciliar seus impulsos agressivos e a preservação do seio (*concern*). O bebê, então, frustra-se, “*passando a odiar alguma parte de si mesmo, a menos que possa encontrar alguém fora de si mesmo para frustrá-lo e que suporte ser odiado*” (Winnicott, 1939, p. 98). Paulatinamente a criança se torna capaz de ser destrutiva e de vivenciar o ódio, permitindo integrar-se aos processos civilizatórios, ao invés de lidar com a realidade por meio da destruição mágica (Saes & Tardivo, 2009). Trata-se, portanto, do movimento elucidado por Safra (2009) como destruição constitutiva, sendo considerada

aspecto fundamental a ser compreendido para se acessar o conceito de Winnicott denominado de uso do objeto e também para entender o lugar da morte como parte do processo maturacional. Desse modo, a criança, ao destruir a mãe no imaginário, pode vir a reencontrá-la fora de sua onipotência. A mãe é criada pelo bebê como objeto subjetivo no momento da ilusão, possuída simbolicamente por meio do objeto transicional, destruída imaginariamente, quando então ela é posicionada para fora da onipotência da criança, para vir a ser descoberta como pessoa real. O

fato da mãe sobreviver à destrutividade da criança permite que ela se apresente na complexidade da pessoa humana. O gesto da criança descobre, desta maneira, um transbordamento da pessoa do outro, assim a destrutividade da criança abre a possibilidade dela encontrar, não o objeto, mas a pessoa (p. 19).

A capacidade de sentir culpa só aparece depois que há a integração do ego do bebê, ou seja, somente a partir da capacidade de percepção da junção das duas figuras maternas, o indivíduo se preocupa com os resultados de sua ação (Winnicott 1950-5). Esse mesmo autor pontua a importância da posição depressiva, inicialmente proposta por Melaine Klein, como um conceito fundamental para tentar explicar o que acontece nessa fase intermediária, chamada de preocupação, entre a crueldade e o remorso. (Winnicott, 1954). Ele salienta ainda que tal posição é uma condição a ser conquistada, um fenômeno de passagem, mas que pode nunca acontecer para determinados sujeitos que não receberam determinadas condições de maternagem.

Ao atingir a posição depressiva, o indivíduo saudável pode dar continuidade ao complexo de Édipo e enfrentar as relações triangulares (Winnicott, 1954). Saes e Tardivo (2009) ressaltam que a importância da entrada do pai enquanto figura total consiste em propiciar

o uso do objeto transicional e do espaço potencial como uma forma de gradativa inserção no mundo real e onde se constitui o brincar e, posteriormente, as artes, a religião e a criatividade (p. 304).

Entretanto, compreender o desenvolvimento da agressão não explica por si só a questão da tendência antissocial. Ademais, deve-se ressaltar que agressão e agressividade não são codinomes de delinquência. A agressão concreta é uma realização positiva que faz parte dos processos de maturação, em contraposto à destruição mágica do mundo (Winnicott, 1939). Esse autor entende que a tendência antissocial é algo natural a todo ser

humano, enquanto a questão da delinquência é uma característica que não é comum a todos.

Para analisar essa tênue linha entre a tendência antissocial e a delinquência, Winnicott propõe a articulação de duas áreas da experiência humana: o meio ambiente e a realidade interna. Para tanto, o autor recorre ao conceito de privação. De acordo com a abordagem winnicottiana, resumida por Ferraz (2006), temos que

a ênfase dada ao objeto externo no processamento do sentimento de culpa e na possibilidade de haver uma reparação satisfatória constitui o que há de mais pessoal na abordagem winnicottiana (p. 182).

2.3. PRIVAÇÃO E VIOLÊNCIA

Para compreender a privação, Winnicott (1966) parte do princípio que é necessário “*abandonar totalmente a teoria de que as crianças podem ser inatamente amorais*” (p. 125). Isso significa dizer que a ausência de sentimento de culpa, não é o estágio inicial do amadurecimento emocional, e sim, a sinalização de que algo nesse processo falhou que impediu que a criança chegasse ao ponto de “*ser capaz de ser malvada*” e permitir o impulso. No caso daqueles sujeitos que estão em processo de se tornarem delinquentes, Winnicott (1966) entende que a tendência antissocial se constroi da seguinte maneira:

as coisas iam bem para a criança, mas alguma coisa perturbou essa situação. A criança foi exigida além da sua capacidade, desorganizando as defesas do seu ego. Posteriormente a criança se reorganiza com base em um novo modelo de defesa do ego de qualidade inferior ao primeiro. Esse movimento permite que a criança tenha esperanças de novo, assim, ela organiza atos antissociais na esperança de compelir a sociedade a retroceder com ela para a posição em que as coisas deram errado, e a reconhecer esse fato. Se tudo isso for feito, então a criança pode retornar ao período que antecedeu o momento de privação e redescobrir o objeto bom e o bom ambiente humano controlador que, por existir originalmente, tornaram-na incapaz de experimentar impulsos, inclusive

os destrutivos (p. 124).

Dessa maneira, a tendência antissocial não se estabelece “*a partir de uma simples carência, mas sim de um verdadeiro desapossamento*” (Winnicott 1956, p.139). A origem da tendência antissocial, sugerida por Winnicott, está na (de)privação que seria a perda do bom objeto e confiável. Outeiral (2009) estabelece a diferença entre privação e deprivação da seguinte maneira:

quando ocorre uma falha ambiental importante neste estágio nos defrontamo-nos com estados de mente primitivos, como as psicoses e as doenças psicossomáticas. Neste caso teremos uma privação (privation), a inexistência e a perda do contato numa etapa muito precoce da existência. Quando a criança avança até a dependência relativa, já temos a presença do espaço potencial, área das primeiras experiências não-eu, com a percepção da mãe objeto (m/other) e a prevalência do elemento masculino puro, o fazer. Já existem aspectos do estágio de preocupação (concern). Uma falha neste momento leva a deprivação (deprivation) à perda de uma experiência emocional experimentada e percebida que será cobrada pela criança. A criança sente como se lhe houvessem roubado os cuidados: a tendência antissocial relaciona-se a este momento: a cobrança de uma dívida afetiva. Por outro lado existe ainda a esperança de que o cuidado poderá ser resgatado (p. 231).

A relação entre falta e delinquência remete à origem etimológica dessa palavra que, em latim, *delinquere* significa falhar, faltar, cometer falta (Sales, 2007). Entretanto, diferentemente do senso comum, a perspectiva winnicottiana compreende a falta enquanto ponto de partida, e não simplesmente o fim do processo de violência. Outeiral (2009) também analisa a etimologia dessa palavra, contribuindo com outra perspectiva, também originária do latim, *de+linkare*, que significa a perda da capacidade de estabelecer vínculos, sugerindo uma relação existente entre a delinquência e a capacidade de envolvimento.

A capacidade de envolvimento é adquirida primeiramente por meio da conquista “da capacidade de combinar a experiência erótica e agressiva em relação a um único objeto” (Winnicott, 1963b, p. 113). Essa aquisição permite que o bebê experimente “a ambivalência em fantasia assim como na função corporal de que a fantasia é uma elaboração” e por sua vez, “comece a ser independente do ego auxiliar” (1963b, p.113-4). Dessa maneira, Winnicott (1963b) propõe que “o envolvimento surge no processo de integração, na mente da criança, da mãe-objeto com a mãe-ambiente” e sendo assim a tendência antissocial deriva do problema do não envolvimento que consiste

na não sobrevivência da mãe-objeto ou o fracasso da mãe-ambiente em propiciar uma oportunidade confiável para a reparação, levando à perda da capacidade de envolvimento e à sua substituição por angústias cruas e por defesas cruas, tais como clivagem ou desintegração (p. 117).

Portanto, enquanto a culpa refere-se à “angústia vinculada ao conceito de ambivalência e implica um grau de integração no ego individual que permite a retenção da imago do objeto bom, ao lado da ideia de destruição”, o envolvimento “relaciona-se de modo positivo com o senso de responsabilidade do indivíduo, especialmente com respeito às relações em que se introduziram pulsões instintuais” (Winnicott, 1963b, p. 111). Em outras palavras, pode-se considerar que a culpa diz respeito às vivências que o sujeito sente no próprio corpo, ou seja, dele com ele mesmo, enquanto a capacidade de envolvimento refere-se à relação do sujeito com o outro.

O elo entre o sentimento de culpa e a capacidade de envolvimento é a confiança. De acordo com Winnicott (1963b):

nesse ciclo benigno e na expectativa da oportunidade, o sentimento de culpa se modifica em relação às pulsões do id e, nesse caso, precisamos de um termo mais positivo, como envolvimento. A criança está agora se tornando capaz de se envolver, de assumir a responsabilidade por seus

próprios impulsos e pelas funções ligadas a eles (p. 116).

A linha tênue entre normal e patológico é resumida por Winnicott (1946) da seguinte maneira:

uma criança normal, se tem a confiança do pai e da mãe, usa de todos os meios possíveis para se impor. Com o passar do tempo, põe à prova o seu poder de desintegrar, destruir, assustar, cansar, manobrar, consumir e apropriar-se. Tudo o que leva as pessoas aos tribunais (ou aos manicômios, pouco importa no caso) tem seu equivalente normal na infância, na relação da criança com o seu próprio lar (p. 129).

Sobre os mecanismos de clivagem (dissociação) e desintegração é necessário elucidar que ambos são decorrentes da não-integração. Enquanto a clivagem é um mecanismo de defesa extremamente comum, podendo ser percebido em eventos do cotidiano como, por exemplo, o fato de não se lembrar dos sonhos ao acordar; a desintegração “*significa abandono aos impulsos, incontroláveis porque agem por conta própria e, além disso, este fato evoca a ideia de impulsos igualmente incontroláveis (porque dissociados) dirigidos contra a própria pessoa*” (Winnicott, 1945, p. 282). A não-integração – sendo entendida aqui como psicopatologia e não como fase do desenvolvimento normal – é consequência de falhas repetitivas na maternagem em um período muito primitivo do bebê no qual ele ainda não estava preparado para lidar.

Saes & Tardivo (2009) acrescentam ainda que tais falhas são sentidas como invasões do ambiente ao *self* do bebê, podendo causar um estancamento no desenvolvimento emocional ou surgimento de uma psicopatologia. Essas autoras propõem ainda a possibilidade de se estabelecer relações entre o período em que as falhas ocorrem e suas possíveis consequências no comprometimento do *self*. Falhas na fase de dependência absoluta poderiam levar a uma provável construção de um falso *self* e, dessa maneira, possivelmente a uma psicose, no entanto se essas falhas acontecessem no período de

dependência relativa, essas levariam às depressões e paranoias (Saes & Tardivo, 2009). A despersonalização, por sua vez, “*se relaciona a retardos iniciais na personalização*” (Winnicott, 1945, p. 277). A despersonalização acontece, portanto, após a fase de integração e interfere na capacidade do indivíduo se sentir dentro de seu próprio corpo.

Os conflitos e desagregações potenciais ligados aos primeiros estágios iniciais do desenvolvimento emocional podem levar a criança a buscar, na família extensa e na escola, novas referências que faltaram no lar. “*A criança antissocial busca na sociedade a estabilidade de que necessita a fim de transpor os primeiros e essenciais estágios de seu crescimento emocional*” (Winnicott, 1946, p. 130). Em outras palavras, a criança antissocial busca o controle externo para estabelecer um ambiente interno, ou seja, o autocontrole.

Como bem resume Araújo (2006) há, portanto, dois modos de se compreender a transgressão. O primeiro enquanto espaço de transgressão enquanto construção, e outro que institui a destrutividade. No processo de adolescência, Araújo (2006) elucida que

o adolescente transgride para criar novos referenciais de mundo, construindo dessa forma “um novo mundo”, contribuindo para as transformações sociais. Para tanto ele necessita de uma Lei – Pai – internalizada sendo-lhe continente. Esse espaço estimula a criatividade. Porém se essa Lei não está internalizada, a transgressão se torna um grito de revolta e perde sua função construtiva. Aqui se institui a destrutividade (p. 31).

Aliada a essa perspectiva entende-se que a tendência antissocial, destrutiva, percebida por meio do comportamento infrator, pode ser analisada por duas perspectivas, sendo que, na maioria dos casos, há a presença desses dois tipos. Pode-se perceber que há a tendência antissocial caracterizada pela busca de objeto (roubo, furto) e outra pela destruição. Por meio do roubo, a criança procura algo ou algum lugar e quando não

encontrado faz com que ela continue procurando. Esse comportamento resume o sentimento de esperança, que ressurgue sempre que há percepção de uma possível estabilidade emocional suficientemente forte para suportar a tensão resultante do comportamento impulsivo. Vale ressaltar o questionamento que Winnicott faz sobre a possibilidade de unir as duas tendências (busca do objeto e destruição). A resposta dessa união seria a autocura, ou seja, “*a cura de uma dissociação de instintos*” (1956, p. 142).

É interessante observar ainda que a tendência antissocial pode ser observada por dois aspectos que se referem à relação com a mãe e com o pai. Winnicott (1966) propõe que caso ocorra privação na interação com a figura materna, o sujeito vai procurar aquilo que um dia conquistou e perdeu, procurando, então, em outros espaços. Essa busca pelo objeto pode ser observada pelo roubo ou a mentira. Por sua vez, quando há a privação da figura paterna no âmbito familiar, ou seja, o limite que contenha seus impulsos agressivos, o sujeito por sua vez, vai procurar essa contenção em um contexto mais amplo, podendo recorrer, em último caso, à sociedade por meio dos limites da lei.

A relação entre lei, limite e função paterna, explorados no recente trabalho de Araújo (2006), é um tema que permite compreender a questão da delinquência entre esses dois contextos: o familiar e o social. Assim, a função paterna passa ser entendida em várias dimensões, de acordo com Sudbrack (2003 em Araújo, 2006):

a Função Paterna em sua dimensão profunda e estruturante do sujeito extrapola a pessoa do pai biológico, apresentando pelo menos quatro níveis paralelos constitutivos da paternidade, a saber: a paternidade biológica (o pai do sangue), a paternidade legal (o pai do registro patronímico, do Nome), a paternidade social (o educador, o provedor, o responsável) e a paternidade simbólica (a lei introjetada – o interdito). (p. 53).

Pensar como Winnicott (1946) sobre a delinquência enquanto privação da vida

familiar, tratando o “crime como doença psicológica” ou um pedido de ajuda, não significa fazer uma apologia à culpabilização da família; pelo contrário. Ele busca entender a questão da privação e desamparo em um contexto macro. Ao enfatizar a importância da figura paterna que sustenta a mãe nos períodos iniciais da vida do bebê, ele revela sua preocupação com o social.

Essa ressalva é importante de ser feita porque atualmente várias configurações familiares são possíveis e a existência de uma família nuclear clássica (mãe, pai e filhos) há muito tempo não é considerada como condição que garante a saúde mental de seus membros. Além disso, como bem ressaltou Traviesco (2006) procurar a culpa na família é “*eximir o poder público de rever e reorganizar seus serviços e as estratégias de atenção à infância*” (p. 240). A visão dessa autora busca questionar as percepções sobre quais estruturas familiares seriam saudáveis por meio da análise da construção do conceito de família.

Traviesco (2006) retoma Ariès em sua descrição histórica sobre a invenção da infância, enfatizando em seu trabalho as relações existentes entre família e sociedade e as relações de poder entre classes. Dentre as várias observações, a autora destaca o interesse das classes dominantes em retomar o cuidado de seus filhos, uma vez que esses se tornavam pouco habilidosos na manutenção do patrimônio familiar. Essa inabilidade da prole teve sua origem, de acordo com a interpretação da época, nos cuidados invejosos oferecidos pelas amas-de-leite, responsáveis pelo desenvolvimento das crianças burguesas. Entretanto, o cuidado de seus próprios filhos ficava delegado às relações sociais da comunidade em que viviam. Instalou-se, portanto, a grande máquina de vigilância da sociedade moderna em nome da saúde: as mães burguesas se responsabilizavam com os cuidados de seus próprios filhos, assim como as mães das classes inferiores se ocupavam dos seus, não sendo possível a manutenção do trabalho fora do lar. O governo

implementou auxílios para que as mães se responsabilizem por seus filhos, enfraquecendo, por sua vez, as relações sociais intra-classe.

Cabe destacar que, em seu estudo, Traviesco (2006) enfatiza:

não se pretende negar a importância de objetos estáveis e de vínculos consistentes para a estruturação da personalidade e a inserção social plena do ser humano. Busca-se relativizar a adesão do papel de formadores e educadores em face das figuras tradicionais mãe e pai. Mantém-se a concepção de que o bebê necessita de modelos, de referenciais, figuras constantes com quem possa identificar-se, interagir, aprender. O que se destaca é a dimensão modelar, de lugar (no discurso, na relação) e não uma figura fixa. Melhor explicando, não se trata de negar a necessidade de calor, de continência e de afeto que usualmente se atribuem à figura materna. Não se trata de recusar a importância da maternagem, da vivência da simbiose, da completude. Tampouco se pode minimizar a necessidade do não, da frustração, da imposição da lei, dos códigos – em geral, funções atribuíveis ao pai. Trata-se de pensar nesses papéis e funções exatamente como tais e, portanto, ocupáveis e preenchíveis por outros que não sejam necessariamente genitores (p. 243).

Traviesco (2006) observa, então, que o resquício do pensamento moderno ainda permanece no discurso das instituições como a escola e os reformatórios. Essas instituições não se reconhecem como uma opção à família, ou seja, um local no qual há a possibilidade do estabelecimento de vínculos afetivos significantes para o desenvolvimento do sujeito. Ao se eximirem dessa potencialidade, as escolas tal como os abrigos acabam se transformando em um lugar de espera pelo retorno da família, ou um não-lugar.

Aliada a postura dessa autora tem-se também Sales (2007) que sugere a análise da violência por meio do reconhecimento da importância de “políticas sociais, práticas e valores” e também pela análise “*das contradições e descompasso no processo de apropriação sócio-cultural e política relativa à implementação do ECA*” (p. 21).

De fato, a situação de marginalização e exclusão que grande parcela da população se encontra é uma violação aos direitos humanos. Essa violência é perversa e velada contra as minorias e a favor da manutenção do *status quo*. A perversidade encontra-se na contradição entre a violação de algo que lhe é assegurado pela Constituição, mas que esse sujeito nem sequer tem acesso – essa é a cultura de violência (Sales, 2007). Esse autor acrescenta ainda a noção de (in)visibilidade, partindo da análise do círculo de violência social percebido por meio da metáfora da adolescência infratora.

Não parece incongruente pensar que a situação de guerra e toda violência que aquelas crianças eram submetidas estava intimamente ligada à própria revolta de seus comportamentos. Há, portanto, uma relação entre ser violento e ser violentado. Blay (2007) afirma categoricamente que

há uma cultura de violência entendida como forma de educação; essa está arraigada à noção de que os filhos são propriedade dos pais, os quais têm sobre eles direito de vida e morte. Não é incomum ver-se mãe ou pai maltratar impunemente filhos em público com total inação da comunidade. É esta a mentalidade que precisa antes de tudo ser modificada. (...) O problema da classe social, das desigualdades econômicas e da total ausência de cidadania para os pobres responde pela forma como estes são violentados na sociedade e, dentre eles, muitos reagem com respostas violentas (p. 37).

Desse modo, violência pode ser entendida, segundo Knobel (2007), como:

a) padrão de conduta usado como defesa frente à realidade violenta, entendido também como acting out, sendo passível de responsabilização; b) como emoção, sendo passível de responsabilização; c) como traço de caráter, podendo constituir uma característica estrutural da personalidade; d) como parte dos mecanismos de defesa; e) como manifestação da parte psicótica da personalidade. (p. 56-8).

Retomando o recorte proposto nessa pesquisa, o contexto dos adolescentes em

questão configura-se pela exclusão, marginalização e privação, não somente do aspecto econômico, mas também no que diz respeito à educação, a saúde e à cidadania. Assim, não se trata de uma análise linear entre pobreza e delinquência, mas sim de uma série de privações (ou violências) vividas em diversos contextos que marcam profundamente a subjetividade do sujeito, culminando em comportamentos agressivos, violentos e delinquentes.

Dessa maneira, “*por trás da tendência antissocial há sempre uma história de alguma saúde e, depois, uma interrupção, após o que as coisas nunca mais voltaram a ser as mesmas*” (Winnicott 1963c, p. 174). A busca pelo objeto perdido leva o mundo a reconhecer sua dívida para com ela. A delinquência se enrijece quando os ganhos secundários se instalam e por saber, “*pela experiência, que a dor de perder repetidamente a esperança é insuportável*” (Winnicott, 1961, p. 232). Vale acrescentar ainda outro comentário desse autor (1961) que constata

através do estudo minucioso de um enorme contingente de criança que acabarão por formar a população carcerária, que o medo da loucura está sempre presente e que a disposição antissocial constitui, em seu todo, uma defesa complexa contra delírios e manias de perseguição, alucinações e uma desintegração sem esperança de recuperação (p. 232).

2.4. SEMELHANÇAS ENTRE SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE E DELINQUÊNCIA E DIFERENÇAS ENTRE SAÚDE MENTAL E JUSTIÇA: A BIOÉTICA ENQUANTO ESPAÇO TRANSICIONAL

Sofrimento psíquico grave e delinquência

Winnicott considera que a delinquência deveria ser tratada como um pedido de ajuda e, portanto, como sinal de sofrimento. Winnicott (1946) propõe a compreensão da delinquência como privação da vida familiar, tratando o “*crime como doença psicológica*”

ou um pedido de ajuda. Essa posição, apesar de ser facilmente aceita pelos profissionais ligados à saúde mental, gera grandes controvérsias. De fato, se o delinquente é considerado como doente, o lugar de seu restabelecimento não seria em privação de liberdade, pelo contrário. Todavia, pensando na infração cometida, deve-se considerar que tal atitude, por mais dolosa que seja, teve um impacto na sociedade e essa clama por vingança. Winnicott alerta sobre esse sentimento inconsciente de vingança que paira sobre todos na sociedade quando se trata de um crime. Dessa forma, a lei serve tanto para punir o infrator quanto para limitar a vingança inconsciente que poderia exceder os níveis suportáveis e, assim, posturas travestidas de sentimentalismo poderiam esconder o mais perverso desejo de punir.

Entretanto, delinquência e sofrimento têm mais semelhanças do que inicialmente pode-se constatar. Em várias passagens dos escritos de Winnicott, encontram-se afirmações sobre a saída da delinquência como controle para que o adolescente não se sinta ameaçado pela loucura. Acrescentam-se ainda as proposições sobre as motivações inconscientes que não permitem que adolescentes infratores desenvolvam um sentimento de segurança, sendo condenados a somente se sentirem livres quando estão sob controle, uma vez que na liberdade sofrem com a ameaça de enlouquecer. O caminho inverso também é observado por Winnicott (1950b):

Haverá também algumas crianças que, por serem o que eu chamo de loucas (embora não devemos usar essa palavra), serão fracassos mesmo sujeitas a essa orientação. Para essas crianças deve existir o equivalente do hospital psiquiátrico que cuida de adultos, e acho que ainda não determinamos o que a sociedade pode fazer de melhor por esses casos extremos. Essas crianças são tão doentes, que as pessoas que cuidam delas facilmente reconhecem que, quando elas começam a ficar antissociais, isso significa que estão começando a melhorar (p. 208).

Vale destacar ainda outra passagem desse mesmo autor (1950b) quando alerta:

se não entendermos o que acontece quando a criança está muito doente, não poderemos perceber, por exemplo, que um estado de ânimo deprimido pode ser um sinal favorável, especialmente quando não acompanhado de fortes ideias persecutórias. Um simples estado de depressão indica, de qualquer modo, que a criança conservou a unidade de personalidade e tem um sentimento de envolvimento, e está, na verdade, assumindo a responsabilidade por tudo que saiu errado (p. 200).

Essas considerações atentam para o fato de que cada caso deve ser analisado com cuidado, fazendo um levantamento sobre a história de vida de cada adolescente para que se defina um diagnóstico psiquiátrico. Dessa maneira, Winnicott (1963a) ressalta ainda que a tendência antissocial, enquanto distúrbio de caráter pode encobrir distorções da personalidade (sintomas psiconeuróticos ou psicóticos).

Bioética enquanto espaço transicional entre Saúde Mental e Justiça

As implicações sobre as semelhanças e diferenças na definição de sofrimento psíquico e delinquência trazem importantes implicações para a atuação dos profissionais de saúde que atuam no campo da psiquiatria e da psicologia forense. De fato, advogados e profissionais da saúde têm formações bastante diferenciadas. Cohen (2006) sintetiza as principais diferenças presentes na formação dos profissionais de direito e da saúde mental:

- *O Direito procura proteger tanto o indivíduo quanto a sociedade do comportamento antissocial do ser humano. Essa ciência se ocupa em criar normas, regras que devem ser obrigatoriamente cumpridas sob pena de punição. Por ser uma ciência dedutiva, partindo de axiomas, a Lei é produto da lógica e está preocupada em saber quem é o culpado do fato em julgamento;*
- *A Saúde Mental por sua vez, busca entender, explicar e tratar o ser humano antissocial. Essa área do conhecimento procura analisar os fenômenos humanos numa tentativa de explicação das constantes modificações do indivíduo, tratando de conhecer as leis do convívio. A*

Saúde Mental é indutiva, conclui sobre fatos individuais para depois generalizar é, portanto, produto do conhecimento das emoções. Entretanto, ambas têm a mesma finalidade: fazer com que o indivíduo e a sociedade possam ter um convívio saudável. (p. 213-4).

Um exemplo prático é descrito no artigo escrito por Prazeres e Oliveira (s/d) ao tentarem resolver um impasse típico sobre a definição de diretrizes no atendimento ao portador de sofrimento mental por meio de recursos extra-hospitalares garantidos pela Constituição Federal – lei 8080/90 que regulamenta o SUS e a lei 10.216/2001 que prevê a situação de indivíduos em medida de segurança. A busca pela superação da lógica manicomial foi traduzida por dois questionamentos básicos feitos pelos autores: “*como fazer cumprir a lei em relação aos portadores de sofrimento mental implicados com a justiça em cumprimento de medida de segurança? E como fazer cumprir a lei para esses mesmos sujeitos e manter a possibilidade de superação do hospital psiquiátrico como local de tratamento?*” (p. 4).

A solução prática encontrada para os dois casos de pessoas em sofrimento psíquico grave do tipo psicótico em medida de segurança foi criar um grupo de trabalho (GT), composta por profissionais do Judiciário e do SUS da comarca de Divinópolis, Minas Gerais, de modo que os profissionais de cada órgão explicavam suas diretrizes e *modus operandi*. Após 13 meses de trabalho, foi construído um fluxograma de ações, legitimado pelos juízes e promotores de justiça da Vara de Execuções Penais. As mudanças foram percebidas por meio de

um maior respeito ao trabalho de cada órgão e comunicação mais ágil e rápida; maior conhecimento sobre a rede de saúde mental; uma baixa do número de internações oriundas de deliberações dos magistrados e encaminhamentos judiciais que solicitavam avaliação do usuário ao invés de determinações prontas. (p. 6).

Pensando sobre a urgente necessidade da formação de profissionais híbridos, conhecedores do funcionamento sobre a saúde mental nas políticas públicas e nos tramites judiciais, Cohen (2006) propõe que os profissionais ligados à psicopatologia e psiquiatria forense – advogados, médicos, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros – se especializem em Saúde e Justiça de modo a superar alguns problemas éticos, tais como:

quem pode assistir à aplicação de teste, ou ao exame psiquiátrico ou à avaliação social? Como se entende o segredo profissional em cada uma das especialidades? Outras vezes, questiona-se o problema do poder na equipe: quem sabe mais ou de quem é o conhecimento mais importante? A situação fica ainda mais complexa quando se pensa em psicoterapia: quem pode fazê-la: o médico, o psicólogo ou o assistente social? Que membro da equipe vai coordená-la e quais são as avaliações necessárias para o esclarecimento do caso? (p. 214).

Utilizando a metáfora winnicottiana sobre espaço transicional, pode-se pensar na bioética enquanto um espaço construído entre a saúde mental e a justiça. Para tanto, deve-se retomar o principal conceito ético que rege a prática em saúde mental. Stefani (1989 em Sgreccia, 2004) evidencia que “*a priori*, ninguém é capaz de dizer que psicoterapia é aconselhável para tal paciente e por qual terapeuta deva ser realizada” (p. 50).

Ainda sob o ponto de vista de Sgreccia (2004), este autor resume como requisitos básicos:

- *Do terapeuta: empenho em ajudar o sujeito, ampla experiência, capacidade de suportar o peso de uma relação comprometedora com o paciente, grande capacidade de empatia, tensão ética, confiança de poder ajudar aquele determinado cliente;*
- *Do cliente: intenção de se curar; confiança na possibilidade de cura e na pessoa do terapeuta (p. 50).*

Por sua vez, tensão ética é entendida por três âmbitos diferentes: 1º) âmbito da deontologia e da honestidade profissional; 2º) atitude ativa de aceitação do outro, desejo de

diminuir o sofrimento, vontade de fazer aos outros o mesmo que deseja para si, e em 3º) o *místico*, caracterizado como o nível máximo de tensão ética que pode se tornar condição necessária e suficiente para a cura (Sgreccia, 2004).

Desse modo, o conceito de discernir é, por excelência, a busca pela noção complexa do indivíduo por meio de diagnósticos que reflitam a dignidade do ser humano. O critério para o discernimento é meta-ideológico, ou seja, devem-se considerar os métodos eficazes tanto sob o ponto de vista dos fins desejados quanto aos meios utilizados (Sgreccia, 2004). De fato, os fins não justificam os meios quando se pensa eticamente.

Acrescenta-se ainda que qualquer intervenção no campo da saúde priorize os seguintes valores de referência: “*um valor objetivo, de manutenção da vida e da saúde, e o subjetivo que leva em consideração os princípios de a autonomia e a responsabilidade do cliente e do terapeuta*” (Sgreccia, 2004, p. 54). Ressalta-se ainda que os valores éticos obedecem aos princípios de harmonia e hierarquia, priorizando – acima de todos os valores – o direito a vida. Assim, trata-se da constituição dos direitos (éticos e jurídicos) do ser humano. Vale citar Sgreccia (2004) que prevê a relação a esses dois tipos de direito, o ético e o jurídico:

Alguns direitos humanos eticamente motivados e válidos não figuram entre os juridicamente expressos, e isso pode acontecer por uma intrínseca não-sobreposição do direito e da ética, ou por uma imaturidade da consciência jurídica de uma sociedade política em relação a certos valores, com conseqüente insuficiência de leis e instrumentos jurídicos (p. 57).

Por meio da Declaração dos Direitos do Deficiente Mental adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, resolução 856 (XXVI) de 1971 e pela Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, resolução 3447 (XXX) em 1975 estão garantidos os direitos de igualdade e não-discriminação em qualquer condição social. Para analisar os direitos da

pessoa em sofrimento psíquico grave deve-se considerar como questão central o diagnóstico, uma vez que, por esse meio é possível programar as medidas restritivas de liberdade.

Sintetizando os comentários de Sgreccia (2004) sobre os principais valores éticos que devem ser seguidos tanto na escolha da terapia medicamentosa, quanto da psicoterapia tem-se:

- *Com relação ao tratamento medicamentoso:*
 - ✓ *O princípio de proporcionalidade, medindo o custo e benefício;*
 - ✓ *O princípio da legítima defesa, observando os riscos sobre a própria vida, a existência de eventuais e inócuos medicamentos e o efeito limitado, que tenha caráter de remédio-tampão.*
 - ✓ *O princípio de complementaridade ou subsidiariedade do remédio de modo que os fármacos não devam mascarar as verdadeiras causas do distúrbio, que pode ser consequência das condições sociais e/ou relações familiares. Desse modo, busca-se a terapia adequada para a resolução do problema etiológicamente relevante e não somente o sintomático.*
 - ✓ *Combater o abuso de remédio psicotrópico com finalidade não-terapêutica;*
 - ✓ *Incentivar pesquisas que avaliem os efeitos colaterais das medicações.*
- *Quanto à psicoterapia:*
 - ✓ *Evitar a interferência de parentes ou quaisquer outras pessoas interessadas no processo terapêutico de outrem;*
 - ✓ *Buscar no início da terapia, eventuais informações consentidas pelo próprio cliente;*
 - ✓ *Quebrar as obrigações de segredo sempre que há riscos de vida e violação da integridade física do cliente.*
 - ✓ *Quando o distúrbio é sistêmico, deve-se incentivar a psicoterapia do grupo familiar envolvido .(p. 62).*

Reitera-se, por fim, a perspectiva de Sgreccia (2004) que orienta os princípios éticos, perseguidos nesse trabalho:

Nos cárceres e nos regimes políticos que exercem controle sobre as pessoas, o segredo e a confidencialidade não devem ser violentados pela autoridade. Os testes de personalidade ou, enfim, de diagnóstico, bem como as publicações de trabalhos científicos elaborados com dados que dizem respeito a pacientes, devem também garantir o segredo relativo à pessoa (p. 76).

2.5 INTERVENÇÕES COM ADOLESCENTES INFRATORES

Winnicott (1946) resume a sua perspectiva sobre a qualidade da psicoterapia oferecida a adolescentes que viveram contexto de privação, sugerindo o tratamento por duas maneiras:

Podem receber psicoterapia pessoal, ou pode-se oferecer-lhes um ambiente estável e forte, com assistência e amor pessoais, e doses crescentes de liberdade. De fato, sem esta segunda alternativa, a primeira (psicoterapia pessoal) não terá grandes probabilidades de êxito. E se houver um lar-substituto adequado, a psicoterapia poderá tornar-se desnecessária, o que é ótimo porque, praticamente, ele nunca é acessível (p. 133).

Torna-se claro que, primeiramente, deve-se promover ao adolescente um ambiente seguro, de modo que, quando ocorra a presença do comportamento antissocial, esse passe a ser “reconhecido e receba o pagamento integral” de sua dívida. É possível que adolescente se desvencilhe do sintoma antissocial, permitindo, assim, a realização da terapia adequada às questões antes encobertas pela delinquência.

Desse modo, percebe-se que Winnicott (1950b) é enfático ao afirmar que

o tratamento da tendência antissocial não é a psicanálise. É o provimento de cuidados à criança, que podem ser redescobertos pela própria criança e nos quais ela pode experimentar de novo os impulsos do id, com possibilidades de testá-los. É a estabilidade do novo suprimento ambiental que dá a terapêutica. Os impulsos do id devem ser experimentados, para que façam sentido, num quadro de ligação com o

ego, e quando o paciente é uma criança que sofreu privação, a ligação egoica deve obter apoio do lado do relacionamento com o terapeuta. A criança antissocial necessita, portanto, de um ambiente especializado que possua um objeto terapêutico e seja capaz de dar uma resposta fundamentada na realidade à esperança que se expressa através dos sintomas (p. 200-1).

Em outra obra de Winnicott (1963a) é utilizado o termo *psicoterapia dos distúrbios de caráter*, considerando que tais distúrbios não constituem uma unidade nosológica. Ao utilizar a palavra caráter, o autor pressupõe que o sujeito tenha vivenciado um processo de integração, sendo considerado um sinal de saúde. Acrescenta-se ainda que esses distúrbios podem ser divididos em dois tipos: quando há êxito, “observa-se que a personalidade do sujeito foi capaz de socializar a distorção de caráter para descobrir ganhos secundários ou ajustar-se aos costumes sociais”; no caso de fracasso, há o enfraquecimento da personalidade, impossibilitando “uma relação com a sociedade como um todo” (Winnicott, 1963a, p. 277-8). A diferença entre o sucesso ou o fracasso encontra-se na disponibilidade ou deficiência de um ambiente facilitador. A delinquência é entendida pela privação, no sentido em que a tendência antissocial não recebeu um ambiente facilitador.

Assim, em um ambiente deficiente as defesas do *ego* podem se organizar por meio de sintomas psiconeuróticos – quando há “conflito no inconsciente pessoal do indivíduo relacionado ao complexo de Édipo” ou sintomas psicóticos – quando o problema está na estruturação do *ego*, havendo, portanto, “cisão, dissociações, desvio de realidade, despersonalização, regressão e dependências onipotentes” (Winnicott, 1963a, p. 279-80).

Pode-se resumir, dentre as terapias propostas por Winnicott (1963a), três principais:

- *A que proporciona a manifestação da doença (oculta), em vez da utilização do recurso da delinquência;*
- *A que evidencia a esperança do sujeito, acolhendo como um pedido de ajuda; e*

- *A que analisa tanto as distorções do ego quanto as pulsões do id, durante as tentativas de autocura. (p. 281-2).*

De toda forma, é necessário que o psicoterapeuta tenha em mente que as atuações (*acting out*) fazem parte do processo terapêutico e dessa forma, esse profissional deve agir de modo assertivo. No caso em que a doença oculta possua características psicóticas, observa-se a necessidade do sujeito adoecer para posteriormente começar a apresentar resultados positivos. Pode acontecer que a atuação extrapole a relação transferencial, gerando consequências para a sociedade e, de maneira semelhante, exista a possibilidade de acontecer a melhora do comportamento apenas pela gestão da família. Entretanto, quando se tratam de casos em que o adolescente encontra-se fixado ao comportamento delinquente devido à força dos ganhos secundários, Winnicott (1963a) sugere:

fornecer uma administração firme, por pessoas compreensivas e, fornecer isso como tratamento, antes que venha a ser dado como corretivo por ordem judicial. Psicoterapia pessoal poderá ser acrescentada, se houver condições. (...) em caso de distúrbio de caráter apresentar-se como um caso judicial, sendo a reação da sociedade representada pelo inspetor da liberdade condicional, ou pelo encaminhamento para um reformatório ou uma instituição penal (p. 285).

Dessa maneira, considera-se essa instituição como a “última terapêutica disponível” para o tratamento da delinquência. Mesmo Winnicott (1963a), em sua visão otimista do sujeito, faz ressalvas importantes sobre o tratamento nos internatos:

pode acontecer que o recolhimento por decisão judicial acaba sendo um elemento positivo na socialização do paciente. Isso corresponde também à cura natural, que comumente ocorre na família do paciente; a reação da sociedade foi, para o paciente, a demonstração prática de seu “amor, isto é, de sua disposição para sustentar o eu não-integrado do paciente e enfrentar a agressão com firmeza (a fim de limitar os efeitos de episódios maníacos) e o ódio com o ódio, adequado e sob controle. Este último é o melhor que algumas crianças desapaoadas conseguirão por intermédio

da administração satisfatória, e muitas crianças desapossadas antissociais e turbulentas transformam-se de ineducáveis em educáveis no regime rigoroso do estabelecimento correccional. O perigo nesse caso é que, crescendo numa atmosfera de ditadura, as crianças turbulentas e antissociais tornem-se ditadores, o que pode levar educadores e pedagogos a pensarem que uma atmosfera de rígida disciplina, em que cada minuto da vida da criança é preenchido, é um bom tratamento educacional para crianças normais, o que decididamente não é (p. 285-6).

Entende-se, portanto, que Winnicott considera terapêutico o provimento de um ambiente estável, no qual as necessidades básicas de alimentação, moradia, educação e lazer sejam atendidas, proporcionando um ambiente confiável. As regras nesse tipo de instituição têm que ser claras e explícitas, de modo que todos conheçam seus direitos e deveres e bem como saibam das implicações que determinadas atitudes acarretam. Entende-se por ambiente ditador, aquele que não há vínculos sociais, frio, onde as regras são arbitrarias e variáveis, onde os direitos são garantidos, ora violados.

CAPÍTULO 3

O ADOLESCENTE INFRATOR E O AMBIENTE

*Eu que mal e mal comecei minha jornada,
começo-a com senso de tragédia, adivinhando
para que oceano perdido vão meus passos de
vida.*

Clarice Lispector

3.1. ADOLESCENDO EM CONTEXTO DE VIOLÊNCIA

Partindo da premissa que a adolescência existe enquanto fase evolutiva (Knobel, 2007) e considerando que essa fase é vivenciada independente e diferentemente da classe social, deve-se acrescentar que esse contexto, o social, constitui um cenário importante que influencia na dinâmica que irá se estabelecer entre seus personagens.

Retomando o recorte proposto nessa pesquisa, o contexto dos adolescentes em questão configura-se pela exclusão, marginalização e privação, não somente do aspecto econômico, mas também no que diz respeito à educação, à saúde e à cidadania. Desse modo, não se trata de uma análise linear entre pobreza e delinquência, mas sim de uma série de privações (ou violências) vividas em diversos contextos que culminam em comportamentos agressivos, violentos e delinquentes.

Esse capítulo dedica-se ao levantamento das últimas pesquisas que exploram o tema da delinquência, mas principalmente, do adolescente infrator em contexto de privação de liberdade. Há a tentativa de se aproximar da realidade desse adolescente, por meio da análise dialética entre o indivíduo e a sociedade.

Foram privilegiados os trabalhos anteriormente realizados na instituição de internação pesquisada, de maneira que seja possível comparar os contextos pesquisados.

Acrescenta-se nesse momento a perspectiva sistêmica à abordagem winnicottiana, de modo que seja possível ampliar os conhecimentos no tocante ao grupo familiar e ao contexto institucional.

Sobre o contexto socioeconômico

Para entender o contexto sócio-econômico em que o adolescente infrator está inserido, é necessário romper com a lógica de causa e efeito entre pobreza e violência e considerar os vários fatores que, dependendo do contexto, exercem pesos diferentes (Volpi, 1999). Desse modo, destaca-se que a maior vulnerabilidade à violência arbitrária policial e à criminalidade comum são aqueles afetados pelo desemprego e marginalização do sistema educacional. São adolescentes vitimados pela perversidade social, em uma sociedade que ao mesmo tempo, nega-lhes o direito e oferece-lhes migalhas de cidadania. Violante (2007) destaca que

o caráter do assistencialismo social, no Brasil, é opressor na medida em que ele está muito distante da intenção de fazer justiça e muito próximo da vontade de alienar: dando pouco e o pouco que se dá, é de má qualidade! Pode satisfazer uma necessidade imediata do corpo, mas sempre humilha, golpeando inexoravelmente o narcisismo destas pessoas. É nesse conluio entre reconhecimento e negação da realidade da opressão, que os instrumentos ideológicos operam, de modo a levar o pobre, além de já ser rejeitado socialmente, a se autodepreciar (p. 65).

Por meio das últimas pesquisas realizadas nessa instituição de internação, é possível traçar o perfil dos adolescentes em privação de liberdade. Em uma pesquisa realizada pela Fundação de Serviço Social do Distrito Federal em 1998, observou-se que 96 % dos jovens sentenciados são do sexo masculino e que quase 80% encontram-se entre 16 a 18 anos (Abramovay e cols., 2004).

De acordo com Di Giorgi & Di Giorgi (1998 em Araújo, 2006) a escola desenvolve

uma violência (sutil) em relação às crianças desfavorecidas: o que lhes é ensinado, muitas vezes, não diz respeito ao seu contexto histórico-social. Há, portanto, uma desqualificação do próprio saber dessas crianças. Sob esse olhar, a evasão escolar se constitui como consequência de um desinteresse anterior ao desses alunos à escola: trata-se da discriminação das classes privilegiadas em relação às marginalizadas.

Com relação à escolarização, 8,1% são analfabetos, 47,7% tinham somente até a 4ª Série do Ensino Fundamental e quase 60% não frequentavam a escola na época em que foram internados (Fundação de Serviço Social do Distrito Federal, 1998, em Abramovay e cols., 2004). Em outro estudo também realizado nessa instituição, por meio da análise de Gatti (2005) sobre um módulo específico da instituição (M-2), foram observados que os índices relativos à educação apresentaram-se próximos aos pesquisados anteriormente: 42,42% afirmaram que não frequentavam a escola na época que cometeram a infração. Dentre os motivos que justificaram a evasão escolar, o de maior índice foi: “prefere ou preferia ficar na rua com os amigos”, representando metade das respostas emitidas.

Ao observar que a maioria dos internos pesquisados em 1998, o que corresponde a 77,6% dos casos, era nascida no Distrito Federal (Fundação de Serviço Social do Distrito Federal, 1998 em Abramovay e cols., 2004), rejeita-se, assim, a hipótese da violência em Brasília ter sido importada de outros estados. Em Gatti (2005) esse índice foi de 87,88%. Quando perguntados sobre o local de moradia, 96,97% residiam em cidades satélites e 3,03% em cidades do entorno (Gatti, 2005).

Dentre os motivos que levaram à internação nessa instituição, encontram-se, com maior frequência, o furto correspondendo a 59,7% dos casos, em seguida homicídios (29,8%), roubo (13,7%), tráfico de drogas (3,2%), e estupro (0,8%) de acordo com os dados fornecidos pela Fundação de Serviço Social do Distrito Federal em 1998 (Abramovay e cols., 2004). Outro dado importante é o número de reincidência. Dentre

adolescentes sentenciados e provisórios, a reincidência é superior a metade dos casos – 52,4% e 51,4%, respectivamente (Abramovay e cols., 2004). A mesma perspectiva é encontrada na pesquisa de Gatti (2005), dentre os adolescentes do módulo M2, onde apenas 18,18% se encontravam na primeira internação.

Esses estudos reafirmam dados sobre contexto de pobreza, marginalização educacional e de saúde pesquisados entre os anos de 1995 e 1996 com 4.245 adolescentes em privação de liberdade pesquisados em todo país (Volpi, 1999). Essa pesquisa nacional revelou que o contexto de pobreza (onde 50,5% dos participantes faziam parte de famílias cujo rendimento mensal *per capita* era de meio salário mínimo) influenciava esses menores à entrada precoce no mercado (informal) de trabalho e que, por sua vez, se relaciona intimamente com a infrequência e a evasão escolar.

A postura de Violante (2007, p. 66) se relaciona com a perspectiva buscada nesse trabalho de maneira que considera o desemprego como *“um fenômeno social, mas não menos verdadeiro é o fato de que, ao atingir o sujeito concreto, ele se torna um problema pessoal”*. Percebe-se mais uma vez, a necessidade de unir a análise psicológica à social de modo a se aproximar da complexidade desse assunto.

O uso de drogas e a delinquência podem ser entendidos como propõe Sudbrack (1996, 2001, em Penso, 2003) como espaços alternativos à exclusão, propiciando ao adolescente o sentido de pertencimento bem como a percepção de referências para a construção da identidade. Ademais, acrescenta-se ainda que esses dois aspectos críticos da adolescência se relacionam intimamente. Penso (2003) cita mais uma vez a contribuição de Sudbrack (1996, em Penso, 2003) ao concordar que o consumo de drogas, especificamente de maconha e cocaína, insere os adolescentes de classes desfavorecidas diretamente no mundo do tráfico de modo que ambas são de fato possibilidades bastante tentadoras no sentido de resolverem duas questões por meio de um só recurso – a construção da

identidade e da dificuldade financeira através da inserção no tráfico de droga e, conseqüentemente, o da delinquência.

Sobre o contexto familiar

Levisky (2007) a instituição familiar é outro componente deste complexo sistema de violência, em decorrência das transformações pelas quais vem passando. Guiannetti (1994 em Levisky, 2007) sugere que

o enfraquecimento da família intacta vem tendo efeitos negativos sobre os seus elos mais fracos. Mais o que a escola, a família é a principal responsável pela transmissão social de um sentido de valores que induza os mais jovens a desenvolver suas capacidades morais e cognitivas (...) nada substitui a presença dos pais que cooperem ativamente na criação dos filhos e valorizem o empenho escolar (...) a família é a primeira, a menor e a mais importante escola (p. 29).

Para esse autor, na família da sociedade atual o pai simbólico, orientador, que sinaliza o eixo e os limites e o elemento materno, continente e provedor estão esmaecidos, confusos, ambivalentes quanto aos seus papéis e valores a serem transmitidos. A mulher, por exemplo, conquistou novos espaços na sociedade, mas, em contrapartida, grandes perdas estão ocorrendo na qualidade das primeiras relações mãe-bebê e na relação da função materna. Estes fenômenos são devido, em parte, “às transformações rápidas, difíceis de serem acompanhadas, características da cultura vigente”. (Levisky, 2007, p.29).

Para compreender a adolescência no contexto familiar, pode-se acrescentar a perspectiva sistêmica sobre esse fenômeno, de modo que esse paradigma dialoga em perfeita harmonia com a abordagem winnicottiana. De acordo com Miermont e cols. (1994), o estudo sobre adolescência sob a ótica da dinâmica familiar foi fortemente

influenciado pela contribuição de Ackerman que observou a tendência de formação de frações que entram em guerra emocional. De acordo com esse autor, para manter o equilíbrio familiar, recorre-se à utilização de mecanismos inconscientes de perseguição e de reparação compartilhados, favorecendo a emergência de um bode expiatório e/ ou de um curador.

Outra perspectiva que ajuda a compreender a adolescência infratora na perspectiva familiar é a noção de ciclo de vida familiar proposta por Haley (1972, em Miermont e cols., 1994). Inicialmente pertencente do grupo de Palo Alto, Haley passou a trabalhar com a perspectiva de Minuchin e sua psicoterapia estrutural, propondo ao invés da teoria do duplo vínculo a noção de paradoxo lógico. Assim, para esse autor, os movimentos de autonomização dos adolescentes variam de acordo com os mitos familiares, que (re)atualizam as regras transgeracionais dos diferentes sistemas familiares de origem.

Pode-se definir o mito familiar como o organizador do sentido dado às ações, às emoções e aos pensamentos dos membros da família, tornando-se uma importante ferramenta na manutenção da homeostase familiar. Eventualmente, o bode expiatório da família (que pode se configurar como o delinquente) adere-se ao mito familiar por meio da identificação projetiva. Sobre a noção de bode expiatório observa-se que esse frequentemente exerce um papel ativo na reafirmação dos afetos negativos vivenciados pela família e por ele mesmo. Ressalta-se ainda a concepção de Boszormenyi-Nagy (1981, em Miermont, 1994) sobre as implicações desse papel (bode-expiatório ou ovelha negra) no aspecto social. Parte-se do princípio que a estrutura relacional cria a necessidade de validar a concepção negativa, recorrendo a uma terceira figura que impõe a sanção social, caracterizando-se como o exemplo clássico observado em jovens marginais. Ademais, pode-se compreender, sob o ponto de vista sistêmico, o uso de drogas, a loucura e a delinquência constituem mecanismos de manutenção da homeostase, do equilíbrio da vida

familiar. Entretanto o bode expiatório também pode ser “*o corajoso cavaleiro, herói da família, hiperadaptado, colocado em um pedestal*” (Whitake & Keith, 1981 em Miermont, 1994, p. 101).

Stierlin (1981, em Miermont e cols., 1994) propõe que as repercussões dos processos de autonomização do adolescente perante a família geram alterações que podem ser compreendidas em três modalidades de separação:

- Quando há um vínculo muito estreito, o qual mantém os membros da família na impossibilidade de se redefinir as relações familiares, tornando a experiência de separação comparável ao luto;
- Quando a separação pode-se constituir por meio da rejeição, na qual o adolescente é desvalorizado e expulso do círculo familiar;
- E quando, por meio da delegação, a separação é limitada à realização de uma determinada missão familiar.

No Brasil, destacam-se as pesquisas de Costa (1998 em Penso, 2003) que identificam que os ciclos de vida familiar das famílias são vivenciados em idades diferentes de acordo com a classe sócio-econômica. Além disso, movimentos de diferenciação do adolescente relacionam-se intensamente com os padrões de comunicação presentes na família que, por sua vez, constituem a chave para a compreensão do comportamento juvenil. De acordo com Penso (2003):

o aparecimento da delinquência na adolescência está relacionado às dificuldades específicas na comunicação e às características relacionais dentro da família, mais do que a aspectos individuais de personalidade ou a fatores estruturais, como divórcio, situações de famílias não casadas ou número de filhos. Segundo Segond (1992) a comunicação pelo duplo vínculo clivado ou cindido tem sido observada com frequência nas famílias por ele tratadas (p. 40).

Sobre o contexto judicial

Considera-se adolescente aquele que se encontra na faixa de 12 a 18 anos incompletos, de acordo com o disposto no ECA – Estatuto da Criança e Adolescente. Além disso, crianças e adolescentes podem-se encontrar em duas situações previstas pelo estatuto: a primeira que se refere a situações de risco pessoal e social e a segunda que diz respeito aos que se encontram em conflito com a lei. Dentre esses últimos, apenas os que cometem: 1) ato infracional mediante grave ameaça ou violência a pessoa, 2) reiteração no cometimento de outras infrações graves, ou 3) por descumprimento reiterado e injustificável da medida anteriormente imposta poderão ser submetidos à medida sócio-educativa de internação. Por ato infracional entende-se como “conduta descrita como crime ou contravenção penal”, de acordo com Art. 103 do ECA. Antes dessa idade, ou seja, até 12 anos incompletos, as crianças são submetidas às medidas sócio-protetivas.

O ECA constitui o trabalho de superação do antigo Código de Menores de 1927, garantindo a proteção integral e baseando-se nas: 1) Declaração de Genebra de 1924; 2) Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas de 1948; 3) Convenção Americana sobre os Direitos Humanos (1969); 4) Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça da Infância e da Juventude (1985); 5) Diretrizes das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil (1990) e 6) Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade (1990), como resume Soares (2002).

No novo estatuto, as crianças e adolescentes são considerados inimputáveis devido sua condição de ser humano em desenvolvimento (físico e psicológico) não tendo, assim, plena capacidade de compreensão sobre as consequências que determinados atos podem gerar. Ademais, o ECA subsidiou a criação de especificamente diversos órgãos públicos: a

DPCA (Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente), a DCA (Delegacia da Criança e Adolescente) e as Varas de Infância e Juventude. A primeira busca defender e proteger crianças e adolescentes vítimas de crimes praticados contra esses, enquanto a segunda visa apurar possíveis atos infratores cometidos pelos menores.

O adolescente pode ficar internado no período de até 3 anos, ou até completar 21 anos. A prorrogação na saída obedece aos limites dispostos no ECA, Artigo 121, incisos 2º (“*a medida não comporta prazo determinado, devendo sua manutenção ser reavaliada, mediante decisão fundamentada, no máximo a cada seis meses*”), 3º (“*em nenhuma hipótese o período máximo de internação excederá a três anos*”) e 5º (“*a liberação será compulsória aos vinte e um anos de idade*”).

3.2. INSTITUIÇÃO DE INTERNAÇÃO: O QUE HÁ DE FACILITADOR NESSE AMBIENTE?

A instituição prevista pelo ECA e pelo SINASE

O Estatuto da Criança e Adolescente - ECA, implementado pela Lei Federal 8069/90 foi um importante marco jurídico e social, no atendimento às crianças e adolescentes e principalmente para os adolescentes em conflito com a lei.

Entretanto mesmo após vinte anos de criação desse estatuto a “*mentalidade assistencialista e corretivo-repressiva em relação à infância e à adolescência*” ainda se mantém nas práticas sociais (Fuchs & Fuchs, em Sales, 2007, p. 14). A movimentação jurídica existe, como, por exemplo, tem-se a criação do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE, definido por Fuchs e Fuchs (prefácio, em Sales, 2007) como

um conjunto ordenado e articulado de princípios, regras e critérios de caráter jurídico, político, pedagógico, financeiro e administrativo para as práticas sociais de apuração do ato infracional e de execução da medida socioeducativa. Sua premissa é a garantia dos Direitos Humanos

e sua defesa é o alinhamento conceitual, estratégico e operacional para as medidas de atenção aos adolescentes a quem se atribui a autoria do ato infracional (p. 14).

Essa solução criada, o SINASE foi aprovado em plenária pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA (Resolução n. 119 de 11/12/2006) e apoiado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos por meio da criação de uma Comissão Intersetorial de Acompanhamento do SINASE, comissão essa que conta com a participação do Conselho Nacional de Assistência Social e 12 Ministérios e Secretarias Especiais. O que parecia o fim da desarticulação das diversas políticas públicas referente às crianças e adolescentes encontrou um grande obstáculo: o vai-e-vem das intenções políticas. Assim, se de um lado existe a luta pelos direitos, do outro existe a mercantilização das necessidades sociais (Fuchs & Fuchs, 2007, em Sales, 2007).

Barros (2001, em Araújo, 2006) entende que as instituições que levam o nome do Pai e a Lei assim como as famílias: todas sofrem de um enfraquecimento generalizado. É importante elucidar que essa pesquisa não pretende findar a discussão na culpabilização do cenário de deficiências sociais à política brasileira. De fato, interesses políticos dificultam a continuidade de projetos existentes. A constante reelaboração resume-se no ditado “muda-se tudo para não mudar nada”. Entretanto, a situação não estaria dessa maneira se houvesse o engajamento da sociedade na participação e controle social. Mais do que uma ferramenta de cidadania, esse trabalho busca investigar os recursos atualmente disponíveis na instituição de internação para adolescentes infratores, enfatizando a vivência de sofrimento psíquico grave nesse contexto. Desse modo, conhecer a estrutura disponível da instituição constitui o primeiro passo para essa aproximação.

A atual estrutura institucional

Para o adolescente entrar em uma instituição de internação para o cumprimento da medida sócio-educativa, em geral, ele percorreu um longo percurso pelos órgãos da justiça. Primeiramente, é provável que ele, antes de entrar na instituição, tenha passagem pela DCA onde foi averiguada e comprovada a autoria da infração. Dentre os procedimentos realizados na delegacia, deve-se garantir que o adolescente será encaminhado à Promotoria de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente no prazo de até 24 horas, dando, assim, prosseguimento ao processo. Esse, por sua vez, tem três resoluções possíveis: o arquivamento, a remissão, e a representação. Em caso de representação, a determinação da aplicação de uma medida sócio-educativa, inicialmente de caráter provisório. O processo é, então, encaminhado ao Juiz da Vara de Infância e Juventude, que irá deliberar qual medida será aplicada. Inicialmente, as medidas são definidas provisoriamente por até 45 dias. A avaliação sobre a sentença somente é concluída após a audiência com o juiz.

Essa é uma situação típica de diversos adolescentes que estão “de provisória”, aguardando serem sentenciados dentro da instituição de internação. O número de reincidivas coincide com dados anteriormente levantados: a média de sentenças provisórias cumpridas pelos adolescentes entrevistados varia em torno de 3 a 4 passagens pela instituição antes da sentença definitiva.

O centro de internação pesquisado nesse estudo localiza-se em Brasília, sendo essa instituição inicialmente ligada a FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor. Várias já foram as formas de administração desse centro. Atualmente, é possível encontrar dados históricos da instituição por meios das várias pesquisas realizadas ao longo dos anos nessa instituição (Macedo, 1999; Gatti, 2005; Aguiar, 2006; Netto, 2008). Hoje, a instituição é uma unidade de internação fora do sistema de gestão compartilhada. A direção foi definida pela Administração Pública e formada por servidores nas áreas de psicologia,

assistência social, medicina, odontologia, educação física, dentre outras. A Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania (SEJUS), por meio da Coordenadoria do Sistema Sócio-Educativo (COORSIS), implanta Gestão Colegiada. O Colegiado foi criado por meio da indicação de representantes das sete gerências. Atualmente encontram-se hoje aproximadamente 250 adolescentes, cumprindo medida de internação provisória ou sentenciada. Esse número modifica-se diariamente devido a constante entrada e liberação de adolescentes.

Nessa instituição de internação propõe-se o desenvolvimento de projetos que buscam assegurar a execução da medida sócio-educativa. Dentre esses, os que se encontram-se em andamento são:

- ✓ Avançando Novas Fronteiras – que busca capacitar o adolescente para a atividade profissional;
- ✓ O Projeto nota 10 – que consiste em premiar os adolescentes que desempenham com excelência os deveres e obrigações, concedendo benefícios dentro da Instituição, como, por exemplo, o alojamento em um módulo diferenciado e a livre circulação dentro da Instituição;
- ✓ O Projeto República – que é considerado como extensão do projeto nota 10, buscando inserir os jovens internos no mercado formal de trabalho e no contexto escolar externo;
- ✓ O Projeto Saúde Integral – por meio das visitas de equipes médicas e palestras educativas os adolescentes são instruídos sobre diversos assuntos ligados à saúde;
- ✓ O Reordenamento da Escola no centro de internação - cujo objetivo principal é proporcionar aos internos um ambiente escolar mais parecido ao das escolas tradicionais;

- ✓ O Projeto Abordagem Familiar - voltado para uma intervenção no contexto familiar;
- ✓ Selecionar para Reciclar - que visa a coleta consciente do lixo produzido pela comunidade da instituição e do seu máximo reaproveitamento.

Núcleo da Saúde

O núcleo de saúde dessa instituição está passando por importantes mudanças. Atualmente, esse núcleo concentra seus esforços para a implementação do POE, Plano Operativo Estadual de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória. O POE/DF foi habilitado pelo Ministério da Saúde em 27 de dezembro de 2006, financiado pelos recursos da Secretaria de Estado de Saúde, SES/GDF. Entretanto, a gestão do POE é de responsabilidade conjunta da SES e da Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania do Distrito Federal- SEJUS. Desse modo, a Secretaria da Saúde é responsável pelas ações de saúde nas unidades de internação, administrando recursos, enquanto o SEJUS é responsável pela administração da adequação, construção e reforma dos estabelecimentos de internação e internação provisória. Dentre as ações previstas na Cartilha do POE-DF, têm-se:

1. *Ações de promoção à saúde, visando favorecer o processo de acolhimento do adolescente para auxiliar em seu desenvolvimento pessoal e social;*
2. *Ações e práticas educativas que favoreçam a vivência, discussão e reflexão coletiva sobre os seguintes temas: corpo e autocuidado; autoestima e autoconhecimento; relações de gênero; relações étnico-raciais; cidadania; cultura da paz; relacionamentos sociais, relacionamentos com a família, escola, turma e namoro; prevenção ao abuso de drogas; violência doméstica e social com recorte de gênero; violência e abuso sexual com recorte de gênero; esportes; alimentação,*

nutrição e hábitos saudáveis; trabalho; educação; projeto de vida; desenvolvimento de habilidades: negociação, comunicação, resolução de conflitos, tomada de decisão, com atividades semanais ou sempre que necessário, coordenadas por profissionais capacitados;

3. *Ações de assistência à saúde que permitam o acompanhamento do desenvolvimento físico e psicossocial, através de consultas, na admissão, e posteriormente em consultas quinzenais ou mensais, conforme o caso.*

4. *Saúde sexual e saúde reprodutiva com ações contínuas direcionadas aos adolescentes de ambos os sexos, abordando temas como: paternidade/maternidade responsável, contracepção, e as doenças sexualmente transmissíveis e HIV;*

5. *Ações de imunização, através da atualização contínua do cartão de vacina dos adolescentes, de acordo com o calendário nacional;*

6. *Saúde oral para prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças orais tais como cárie, doença periodontal, má oclusão, traumatismo dentário, halitose, fissuras lábio-palatinas, câncer bucal, controle da placa bacteriana dental e manifestações orais de DSTs.*

7. *Ações de Saúde Mental, em nível preventivo e de tratamento especializado dos adolescentes acometidos de transtornos mentais e com prejuízos biopsicossociais decorrentes do uso de álcool e outras drogas a serem realizados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou em outros equipamentos extra-hospitalares da rede SUS de atenção à Saúde Mental;*

8. *Ações de controles de agravos;*

9. *Ações de fornecimento e insumos da assistência farmacêutica básica que compõe o elenco destinado às equipes da Saúde da Família, cabendo a Secretaria de Saúde do DF a complementaridade destes medicamentos;*

10. *Ações de cadastro dos estabelecimentos executores de medida sócio-educativa no CNES e de cadastramento dos adolescentes no Sistema único de Saúde, que deverá ser efetuado pela Secretaria de Saúde do DF;*

11. *Ações voltadas para alimentação de dados nos sistemas de informação: SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e SIPIA-II (Sistema de Informação para a Infância e Adolescência);*

12. *Ações de educação permanente para os profissionais das unidades de internação e internação provisória e das unidades de saúde de referência nos três níveis: Atenção Básica, Média e Alta complexidade.* (p. 6-10).

No que tange à Saúde Mental, o POE encontra-se dentro da lógica da reforma psiquiátrica, buscando a elaboração do PIA (Plano Individual de Atendimento) do adolescente. Ademais, dentre as práticas previstas por esse programa, têm-se a perspectiva de que equipe que a compõe é responsável por desenvolver ações integradas entre os serviços de saúde da unidade de internação e fora dela, como, por exemplo, o CAPS, estabelecendo, assim, as redes de base territorial. Por sua vez, o PIA funciona como um instrumento que subsidia a criação de um projeto terapêutico individual. Esse programa prevê que para acontecer a ressocialização dos adolescentes é necessário manter programas permanentes de reintegração social capazes de possibilitar a construção de projetos individuais de inserção que incluam também parcerias intersetoriais e interinstitucionais, de modo a proporcionar ao adolescente a construção do território, da rede de cuidado (não somente clínico) fora da instituição de internação.

Dentre as ações sugeridas têm-se: formação de grupos de apoio às famílias para receberem o adolescente de volta; mobilização de instituições parceiras que possam receber o adolescente de volta e inseri-los no mercado de trabalho; sensibilização junto aos profissionais de educação, para acolhimento e acompanhamento dos adolescentes; inserção dos adolescentes em programas de esporte, lazer e cultura; estabelecimento de parcerias com ONGs e instituições de ensino superior para execução de projetos de reintegração social e profissionalização.

Observa-se, dessa maneira, a necessidade da criação de programas de suporte psicossocial voltados para todos servidores das instituições do sistema sócio-educativo, por meio da realização de grupos operativos, de oficinas, e de intervenções pontuais com

profissionais que tenham passado situação específica de estresse, em função do trabalho executado.

Núcleo da Escola

O núcleo da escola é administrado por meio do Termo de Cooperação Técnica entre a Secretaria de Educação e a Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania e pelo Planejamento Anual. Para o ensino dos alunos, aplica-se o programa oficial da rede pública na modalidade de Ensino para Jovens e Adultos (EJA).

O Planejamento é feito todo início de ano a partir do levantamento do número de internos de modo que se possa definir a estrutura de funcionamento, dinâmica operacional e planejamento pedagógico do setor de ensino da instituição. Assim, o ano de 2009 começou com a previsão de 288 alunos, que foram divididos em 3 segmentos: no primeiro foram 48 alunos, para o 2º. Segmento 207 e para o 3º. Segmento 33. Por meio da análise estatística realizada nos anos anteriores, pôde-se definir o perfil dos alunos do centro de internação: são adolescentes que tem tempo de permanência média de 6 meses e encontram-se no 2º. Segmento. O núcleo da escola conta com 19 salas, dentre as quais: 13 são usadas como salas de aula, uma sala dos professores, uma sala para vídeo, um laboratório de informática, uma sala para leitura, uma para administração e uma para atendimento e administração de conflitos. Para acomodar todos os alunos de forma que se garanta a integridade física de todos, as salas foram subdivididas em 26 grupos com 10 alunos cada.

Os alunos são matriculados no Centro de Educação de Jovens e Adultos da Asa Sul – CESAS, sendo toda documentação enviada para essa sede. O setor de ensino é responsável por registrar a evolução acadêmica do aluno e comportamental dentro desse núcleo. Cada grupo de alunos tem um professor de referência e esse tem como atribuições

acompanhar cada aluno de seu grupo no que diz respeito à frequência, comportamento, aprendizagem, elaborando relatórios, participando de reuniões que envolvam os alunos de seu grupo. Os professores de referência também são solicitados a indicar quais alunos podem receber benefícios e ou participar de atividades extras desenvolvidas dentro ou fora do centro. É também de responsabilidade desse professor, de acordo com o que consta no Planejamento Anual, a elaboração de ações para melhorar a participação, comportamento, frequência e rendimento dos alunos de seu grupo.

Dentre as práticas realizadas nesse núcleo, observou-se, quanto ao ingresso no centro, que todo aluno é encaminhado ao setor escolar onde um professor entrevista e aplica um teste diagnóstico ao aluno. Caso esse teste indique nível de escolaridade inferior ao que ele informou, o professor busca entrar em contato com a última escola que ele disse ter frequentado. Se o nível indicado no teste for igual ou superior ao informado, o aplicador deve proceder ao preenchimento da ata de reclassificação. Após esse processo de investigação escolar, o material relativo à matrícula do aluno passa a ser encaminhado ao CESAS.

As diretrizes didáticas e pedagógicas observadas nessa instituição apresentam como a grande vantagem da implementação da EJA a possibilidade do aluno ingressar na sala de aula assim que entra no centro de internação, seja ele sentenciado ou provisório, pois devido à organização do cronograma de aula, não há a definição de um período letivo convencional. Se por um lado a EJA buscar a valorização dos conhecimentos prévios dos alunos para mediar o processo de aprendizagem, pode-se pensar que esse modelo de ensino encontra-se à margem do sistema educacional tradicional e no caso do EJA aplicado aos adolescentes infratores, a exclusão é ainda mais evidente, uma vez que o ensino é ministrado dentro da própria instituição.

Atualmente, devido à grande demanda de alunos, a pouca quantidade de

professores e as sérias dificuldades de relacionamento entre os internos, o sistema escolar desse centro de internação não consegue atender a todas as necessidades educacionais dos alunos, principalmente daqueles que se encontram em módulos de segurança e em módulos disciplinares, sendo esses impedidos de frequentarem às aulas.

CAPÍTULO 4

METODOLOGIA

Humildade com técnica é o seguinte: só se aproximando com humildade da coisa é que ela não escapa totalmente.

Clarice Lispector

4.1 - PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS E A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

Considera-se que o indissociável vínculo da Psicologia Clínica à cultura torna possível tanto a aproximação de seu objeto de estudo - o sujeito, quanto à revisão de seus próprios fundamentos e crítica sobre o campo cultural que se inscreve (Dutra, 2004). De modo semelhante, o trabalho clínico está intimamente ligado ao trabalho do pesquisador. O psicólogo clínico é um investigador por excelência. A teoria é utilizada apenas para abrir novos questionamentos e não para fechar em respostas. Desse modo, a teoria e o método se unem para levantar questões pouco esclarecidas.

Ao se deparar com o sujeito e sua variabilidade de comportamentos, Gunther (2006) afirma que os diversos métodos e técnicas de pesquisa existentes partem de perguntas essencialmente qualitativas, tais como: *“Por que existe variabilidade verificada? Como lidar com a mesma? Quais as suas implicações?”* (p. 201). Assim, dependendo do método a ser aplicado, as respostas a essas perguntas podem ser dadas em números ou de maneira qualitativa.

Obviamente, pesquisa qualitativa e a pesquisa quantitativa possuem diferentes características, estratégias de coletas de dados e métodos sobre os resultados, o que torna

necessário a existência de posturas diferenciadas do pesquisador e do sujeito. Vale destacar, no entanto, que essas dicotomias existem apenas no plano ideal, pois na prática observam-se vários tipos híbridos que mesclam esses dois paradigmas. Desse modo, pode-se considerar que existe uma essência qualitativa a toda pesquisa e isso diz respeito, portanto, à complexidade inerente ao objeto de estudo. Sobre a metodologia quanti-qualitativa, Gunther (2006) afirma:

Em suma, a questão não é colocar a pesquisa qualitativa versus a pesquisa quantitativa, não é decidir-se pela pesquisa qualitativa ou pela pesquisa quantitativa. A questão tem implicações de natureza prática, empírica e técnica. Considerando os recursos materiais, temporais e pessoais disponíveis para lidar com uma determinada pergunta científica colocam-se para o pesquisador e para a sua equipe a tarefa de encontrar e usar a abordagem teórico-metodológica que permita, num mínimo de tempo, chegar a um resultado que melhor contribua para a compreensão do fenômeno e para o avanço do bem-estar social (p. 207).

Por sua vez, tem-se a proposta de Minayo (2008) ao construir a possibilidade de triangulação de métodos quantitativos e qualitativos. Entretanto a autora adverte:

a questão das relações entre quantitativo e qualitativo, porém, secundada pelo problema epistemológico da objetividade e subjetividade não pode ser assumida de forma simplista como uma opção pessoal do cientista ao abordar a realidade. Ela tem que ver com o caráter do objeto específico de conhecimento aqui tratado: com o entendimento de que nos fenômenos sociais há possibilidade de se analisarem regularidades, frequências, mas também relações, histórias, representações, pontos de vista e lógica interna dos sujeitos em ação (p. 63).

Essa pesquisa dedica-se ao estudo exploratório sobre as percepções de sofrimento psíquico grave em internos. Desse universo de adolescentes, elegeram-se aqueles que faziam uso de medicação psiquiátrica contínua, totalizando 48 adolescente, pesquisados durante o período de outubro a dezembro do ano de 2009. Desse modo, foi possível ter

acesso a todos os adolescentes que faziam uso de psicotrópicos, sendo esses internos provisórios (que aguardam sentença do juiz) ou já sentenciados, cumprindo medida sócio-educativa em privação de liberdade. Assim, eles compunham um novo universo: o dos adolescentes que faziam uso de medicação psiquiátrica contínua, entendido nesse trabalho como evidência de sofrimento psíquico grave. Esse tema, até então, não havia sido objeto estudo dentro desse centro de internação, embora em vários trabalhos seja possível perceber o olhar do pesquisador sobre o sofrimento nesse contexto. Desse modo, considerou-se relevante apresentar a frequência de medicações utilizadas, relacionando-as com outras variáveis, tais como, gênero, idade, módulo de internação, percepção de fatores de risco, frequência à escola, dentre outros aspectos sociais e relacionais.

A experiência de trabalho de Minayo (2008) no uso de metodologias quantitativas e qualitativas simultaneamente permite que a autora considere que

essas não são incompatíveis e podem ser integradas num mesmo projeto de pesquisa, uma investigação de cunho quantitativo pode ensejar questões passíveis de serem respondidas só por meio de estudos qualitativos, trazendo-lhe um acréscimo compreensivo e vice-versa, que o arcabouço qualitativo é o que melhor se coaduna a estudos de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos, que todo o conhecimento do social por método quantitativo ou qualitativo sempre será um recorte, uma redução ou uma aproximação e que em lugar de se oporem, os estudos quantitativos ou qualitativos, quando feitos em conjunto, promovem uma mais elaborada e completa construção da realidade, ensejando o desenvolvimento de teorias e de novas técnicas cooperativas. (p. 76).

A construção do objeto dessa pesquisa foi gradativamente tomando a forma que se apresenta nesse trabalho por meio da elaboração de três hipóteses centrais:

1. O sofrimento psíquico nos internos já existia antes da entrada na instituição.

Para se chegar a esse centro de internação, o adolescente percorreu um longo

percurso de advertências ou cometeu uma infração grave em flagrante, sofrendo a mais rígida medida sócio-educativa que é a internação. Observando as pesquisas realizadas na instituição ao longo dos anos, pode-se perceber que o perfil dos adolescentes que ingressam no centro de internação é relativamente o mesmo: apresentam um histórico de privações, no ambiente familiar e social. São adolescentes que, apesar de terem seus direitos garantidos como qualquer outro cidadão, somam uma grande parcela da população (in)visível aos olhos da sociedade. O comportamento infrator é, portanto, uma forma de visibilidade social.

Em uma perspectiva complementar ao social, pode-se citar Winnicott (1946, 1956, 1967) que entende a delinquência como resultante da privação, vivida no aspecto mais íntimo do ser humano de um ambiente deficiente. Metaforicamente, pode-se dizer que a árvore da delinquência nasce a partir da semente antissocial plantada em solo árido, deficiente. Assim, a árvore cresce como pode. Seus frutos azedos, os atos infracionais, revelam não só a escassez de recursos do ambiente, mas também a potencialidade de saúde. Retomando a perspectiva de Winnicott (1946, 1956, 1967), a delinquência, em alguns casos, é utilizada como recurso para não enlouquecer.

Supõe-se que sofrimento psíquico torna-se mais visível em privação de liberdade porque: a) os atos infracionais que serviam como recurso de sobrevivência, tem seu campo de atuação restrito, uma vez que eles se encontram no rígido contexto de internação. Assim, retirando a casca da delinquência, a doença oculta tornar-se-ia mais claramente observável, denunciando o sofrimento; b) outro fator que talvez influencie na aparente exarcebação de sofrimento diz respeito à limitação do uso de drogas, de modo que poderia revelar a presença de conflitos emocionais, como também refletir crises de abstinência; e c) esse centro de internação poderia propiciar sentimento de segurança e estabilidade, por

meio dos recursos utilizados que buscam garantir a integridade física dos internos. Se o adolescente se sentisse seguro e confiante na estabilidade do sistema, ele, então, poderia se permitir entrar em contato com seus sentimentos mais profundos, caracterizando um dos processos de autocura observados por Winnicott: o adoecer que antecede a cura. Entretanto, esbarra-se na falta de avaliação psicológica de modo que não é possível, até o momento, definir precisamente quais são as demandas psicológicas desses adolescentes. Caso ele entrasse em contato com seu sofrimento sem ajuda adequada, o adolescente poderia retornar à sensação de desamparo.

A partir desse contexto, pode-se questionar: Como esse adolescente se utiliza dos recursos disponíveis pelos núcleos de Saúde e da Escola? Quais são as percepções daqueles que tomam medicação psiquiátrica contínua sobre seus próprios sentimentos, sintomas e reações à medicação? Quais são as percepções sobre suas expectativas de futuro – resumidas na resposta clichê: “quero mudar de vida, terminar meus estudos e conseguir um emprego”- relacionando-as à utilização dos atuais recursos disponíveis pela escola (lugar privilegiado para a aprendizagem)?

2. Há a possibilidade de haver uma cultura de administração de psicotrópicos aos adolescentes que serve não apenas à promoção de saúde, mas, principalmente, para fins institucionais, caracterizando o típico caso das instituições totais. Questiona-se, portanto, sobre o conhecimento desses adolescentes sobre os medicamentos que estão ingerindo diariamente e para que (ou quem) servem?

As implicações possíveis da administração indiscriminada de psicotrópicos aos internos são: a) o impedimento da tomada de consciência sobre as verdadeiras questões relacionadas ao sofrimento. Desse modo, a percepção do adolescente ficaria apenas no nível do sintoma, sugerindo a seguinte dinâmica institucional: quando esse adolescente entra em contato com o sofrimento, ele logo passa a ser anestesiado, uma vez que não há

recursos de profissionais para atender as demandas psicológicas. Dessa maneira, a psiquiatria teria que conter não somente os fenômenos psiquiátricos como também cobrir os psicológicos e sociais. b) o bloqueio do uso criativo da tendência antissocial, uma vez que a elaboração do sofrimento é inerente à construção de outro espaço transicional (anteriormente ocupado pela delinquência) e c) a utilização apenas da medicação reduziria as possibilidades de intervenção somente ao nível biológico.

3. Há a presença de ferramentas socioeducativa disponíveis na instituição. Desse modo, esse trabalho não busca focalizar as deficiências da instituição, somando-se a grande quantidade de trabalhos já publicados sob essa perspectiva, mas sim, objetiva-se realçar possíveis aspectos positivos que possam ser aperfeiçoados.

Tem-se como princípio que esse centro de internação ainda é utilizado enquanto ferramenta psicossocial da justiça na comarca do Distrito Federal. Entende-se que apesar de suas deficiências, enquanto essa instituição existir, deve-se buscar aprimorar as potencialidades que podem estar sendo subutilizadas no atual contexto. Desse modo, supõe-se que esse centro poderia cumprir com a função de “*handling*”, visando promover um ambiente estável, provendo alimentação, moradia, escola e garantia da integridade física. Assim, pelo simples fato de cumprir esse papel, seria possível que o adolescente entrasse em contato com seus sentimentos. Talvez, o possível problema seja a falta do suporte psicológico, ou seja, a ausência de *holding*.

Por fim, supõem-se que os profissionais também se encontram em sofrimento, desgastados pela situação político-institucional. O sofrimento e a falta de instrumentalização desses profissionais constituem a grande trave que dificulta o olhar empático ao adolescente em sofrimento. Para verificar tal hipótese, buscou-se ouvir os servidores. Foi necessário retirar as próprias traves, na tentativa de romper com o vício de

focalizar as limitações, procurando ressaltar as potencialidades existentes que esses profissionais são capazes de extrair do contexto atual. Pergunta-se, então: Qual é o papel ativo que os profissionais são capazes de exercer diante dos recursos sócio-educativos disponíveis no centro de internação de modo a atender as necessidades dos alunos?

4.2 - OBJETIVOS DA PESQUISA E DEFINIÇÃO DOS SUJEITOS

4.2.1 – OBJETIVOS

Geral: Conhecer e sistematizar os principais aspectos psicossociais e socioeducacionais que se relacionam com o *pathos* de adolescentes sob regime de internação que utilizam medicação psiquiátrica contínua, sendo esse indicador de sofrimento psíquico.

Específicos:

- Identificar e sistematizar os principais sinais/sintomas observados pelos adolescentes em uso de medicação psiquiátrica;
- Verificar a percepção dos adolescentes sobre as condições ambientais favoráveis à manutenção da saúde mental: garantia da integridade física, manutenção da saúde geral e proteção contra o uso de drogas;
- Identificar as percepções dos adolescentes sobre os recursos/cuidados proporcionados pelo núcleo da escola (aprendizagem) e o núcleo da saúde (medicação).

4.2.2 – DOS SUJEITOS

Partindo do princípio que os adolescentes que usam medicação psiquiátrica estão por essa razão em sofrimento psíquico, buscou-se identificar quantos e quais adolescentes faziam uso de psicotrópicos continuamente. Sabendo-se que todos os medicamentos são

administrados e registrados pela Enfermaria, foi analisado o Registro de Medicções, documento onde são registrados o nome, o módulo e a medicação prescrita. Os adolescentes foram entrevistados durante o período de 09/10/2009 até 17/12/09. Dentre os 48 inscritos nesse registro, 36 concederam entrevista, 5 foram liberados antes de serem entrevistados e 4 não quiseram participar da pesquisa e 3 não foram contactados a tempo. Dentre os 36 entrevistados, apenas dois não concordam em assinar o Consentimento Livre Esclarecido, concedendo a autorização para a pesquisa verbalmente e permitindo que a entrevista fosse gravada em áudio.

A partir da definição sobre quais adolescentes formam o universo dessa pesquisa, foram identificados os professores que também seriam entrevistados, os chamados Professores de Referência, que são responsáveis pelo registro acadêmico do adolescente-alvo. Cada adolescente na instituição tem um Professor de Referência no núcleo escolar. Entretanto, devido ao motim ocorrido no dia 12/10/09 e a paralisação dos agentes de segurança durante o mês de novembro, não foi possível entrevistar todos os professores de referência.

Assim, dentre os 7 profissionais do centro de internação foram entrevistados: dois professores, uma psicóloga, uma assistente social, um enfermeiro e dois coordenadores de gerência.

4.3 – O PERCURSO DO PESQUISADOR NO TRABALHO DE CAMPO (ACESSO AOS SUJEITOS E CONSTRUÇÃO DOS INSTRUMENTOS)

Antes de expor os motivos que levaram à escolha da metodologia quanti-qualitativa nessa pesquisa, é necessário explicitar como se deu o processo de pesquisa, as primeiras tentativas de aproximação do objeto e as estratégias que culminaram nas últimas delimitações metodológicas.

Considerou-se como estudo piloto a experiência inicial de pesquisa que se baseava na análise de estudo de caso. O participante era um adolescente, citado aqui como José que fazia uso de medicação psiquiátrica (antipsicóticos). Em seu diagnóstico foram relatados episódios de crise psicótica. O adolescente apresentava bom comportamento, sendo, inclusive, indicado para participar do Projeto Aluno Nota 10 por seus colegas de sala. Entretanto, sua participação foi vetada pelos servidores, tendo em vista as oscilações de humor do adolescente. A mudança de comportamento do adolescente foi percebida ao longo do período de internação pelos diversos núcleos que observavam: oscilações de humor, fala desconexa e queda no rendimento escolar.

O grupo GIPSI foi contactado por meio de uma servidora responsável pelo núcleo psicossocial. Havia a suspeita que esse adolescente estava vivenciando uma das primeiras crises de sofrimento psíquico grave do tipo psicótico, ou seja, aparentemente não se tratava de um caso crônico. As crises haviam se manifestado durante o período de internação e o adolescente, até então, nunca havia feito uso de medicação antipsicótica, embora já tivesse utilizado outro tipo de psicotrópico (ritalina). Os dados sugeriam a possibilidade de uma intervenção precoce, atendendo assim, as especificidades de atendimento pelo GIPSI.

Por se tratar de um acolhimento em contexto de privação de liberdade, nunca antes realizado pelo grupo, foi proposta uma reunião com o colegiado que assumia a direção daquele ano de 2008. Eram várias as articulações necessárias para que fosse definido o modo como seria realizado o atendimento pelo GIPSI. Dentre as várias vicissitudes que o caso continha, surgiram questões sobre: o local que seriam realizados os atendimentos (familiar e individual), a possibilidade de inclusão desse adolescente em pesquisa, o engajamento, o consentimento e a disponibilidade do adolescente e da família nas psicoterapias. Daquela reunião saíram as seguintes diretrizes: o atendimento psicoterapêutico familiar e individual seria realizado no CAEP, e o atendimento

psicopedagógico (parte central da pesquisa proposta) seria oferecido na instituição pela pesquisadora.

O contato feito com a mãe esclareceu que a família não tinha condições (nem disponibilidade) de comparecer aos atendimentos, uma vez que várias dificuldades haviam sido levantadas: os membros da família que poderiam ir ao atendimento eram somente a mãe, o padrasto e a irmã de sete anos; o pai já havia falecido e o irmão (figura de referência para José) estava preso; não havia ninguém para ficar com o bebê, a caçula da família; não havia recursos financeiros para a locomoção dos membros da família. Além disso, o adolescente não demonstrou interesse na psicoterapia individual. Restou apenas a possibilidade do atendimento psicopedagógico.

No momento que houve o contato com José, ele já fazia as visitas nos finais de semana a sua família, os chamados “*saidões*”. Assim, o próprio adolescente já se via em vias de sair da instituição. Sob esse contexto, foi realizado o processo de autorização judicial para ter o acesso a esse interno. Com as devidas autorizações em mãos, foram realizados dois encontros.

O primeiro encontro foi feito na presença da antiga técnica de referência, uma vez que o adolescente tinha mais afinidade com ela ao invés do técnico atualmente responsável por ele. Vale ressaltar que já haviam sido realizados vários encontros informais com os técnicos de referência anteriores à entrevista realizada com José. Assim, nesse encontro, a técnica apresentou a pesquisadora, explicando os motivos envolvidos nesse encontro. Após a apresentação, o adolescente ignorou a presença da pesquisadora, com a frase: “*agora eu quero falar com ela (a técnica), tchau!*”. De fato, a relação entre a técnica e o adolescente era bastante amistosa. Eventualmente ela fazia referência à pesquisa e à presença da pesquisadora que se manteve na sala durante todo tempo. Posteriormente, a técnica precisou se retirar, deixando na sala, a pesquisadora e o adolescente. Após uma segunda

explicação sobre a importância da pesquisa no âmbito pessoal do adolescente e no âmbito social, contribuindo para a ajuda de outras pessoas em situações semelhantes, o adolescente respondeu: *“eu não quero falar de mim, fale sobre você”*. Assim, ele perguntou sobre o que a pesquisadora gostava de fazer em seu tempo livre, sobre suas relações sociais, e concomitantemente, ele respondia sobre seus gostos e expectativas ao sair do centro de internação. Após a volta da técnica à sala, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ele ficou com o termo, afirmando que iria pensar, embora tenha se negando a assinar, concordando apenas que o próximo encontro poderia ser gravado em áudio. Assim, foi acordado que haveria um segundo encontro para que ele pensasse sobre sua participação na pesquisa.

O segundo encontro foi realizado em outro prédio, em uma sala específica para o atendimento psicológico. Ele havia sido conduzido até a sala por um monitor. Para a realização desse encontro foram disponibilizados algumas canetas hidrocores, lápis de cor, giz de cera, folhas A4 em branco, 2 livros, 1 jogo de xadrez. Ao entrar na sala, a pesquisadora mostrou o gravador, lembrando que o adolescente havia autorizado a gravação daquela entrevista. Após o adolescente reconhecer os objetos da sala, ele pediu para jogar xadrez. Durante a partida, ele afirmava que iria perder, mesmo fazendo boas jogadas. Em determinado momento, José desistiu de continuar a partida, apontando para o gravador de áudio, sem pronunciar qualquer palavra. A pesquisadora havia perguntado o que ele estava apontando. Após alguns minutos de silêncio, a pesquisadora perguntou o que havia de errado com o gravador, ele, então, pediu para que esse fosse desligado, sendo assim feito. Posteriormente, ele falou que não queria participar da pesquisa, questionando porque ele havia sido escolhido. Em determinado momento da explicação, o adolescente não quis mais falar sobre o trabalho proposto, dizendo que gostaria de falar sobre outras coisas. Perguntou-se sobre o que ele gostaria de falar, e ao responder, voltou ao mesmo

tema do encontro passado, dizendo explicitamente sobre seus interesses em conhecer a vida pessoal da pesquisadora.

A partir desse momento, foi delimitado que aquele espaço era destinado à pesquisa, voltando à questão da autorização para a pesquisa. Ele disse que “já havia dado a resposta” que não gostaria de participar da pesquisa. Questionou a pesquisadora sobre o que ele estaria assinando: “*é um diploma que estou assinando?*”, “*é um emprego que estou recebendo?*”, “*aceitar a pesquisa é dizer que eu preciso de mais ajuda*”. Esgotando-se as possibilidades de explicação sobre como aquele momento poderia ajudá-lo a conquistar o diploma e o emprego, o adolescente deixou claro e de modo explícito que não iria participar do estudo.

A negativa desse adolescente possibilitou o questionamento sobre a metodologia utilizada na pesquisa, a postura da pesquisadora e as possíveis falhas na condução da entrevista. Foi necessária uma pausa para que fosse elaborado o que havia acontecido naqueles dois encontros. Supunha-se que a desistência desse adolescente não consistia apenas em uma negativa à pesquisa, mas na percepção sobre o paradoxo da medida sócio-educativa em privação de liberdade: para ser cuidado (reconhecido) é necessário ser submetido à lei, assim, é melhor não demandar cuidados (que lhe são de direito) para que a volta ao convívio em liberdade seja mais rápida.

A resposta desse adolescente em não participar na pesquisa demonstrou que ele se encontrava em plena capacidade cognitiva apesar do intenso sofrimento psíquico vivenciado. Decidir sobre a não participação na pesquisa foi uma escolha saudável, tendo em vista o mecanismo perverso do judiciário. Observou-se a necessidade de se respeitar a autonomia desse interno, como um movimento assertivo frente ao processo de institucionalização que estes adolescentes são submetidos.

Nesse mesmo momento de pesquisa, estavam sendo realizados encontros com profissionais do núcleo escolar (professores, coordenador, psicóloga escolar) que expunham a urgência de intervenções voltadas ao preparo dos servidores frente às evidências de sofrimento psíquico em adolescentes vivenciados em sala de aula. As falas se complementavam, ressaltando a complexidade dos fatores envolvidos na relação com esses adolescentes em apenas um dos vários núcleos existentes no centro: o núcleo escolar. Por parte dos professores, falas como “*eu não sei como reagir com um menino assim*” e “*a gente também precisa de psicóloga!*”, se destacavam pela alta frequência.

Por sua vez, a fala do coordenador retratava questões institucionais em que o núcleo escolar se encontrava: “*não somos considerados nem escola e nem instituição de internação*”. De fato, havia extrema escassez de recursos materiais disponíveis à escola. Financeiramente, o núcleo escolar não era considerado como escola, e sim como unidade de internação frente à Secretária da Educação. Por sua vez, tal núcleo ao recorrer a SEDEST não era considerado como unidade de internação, e sim como escola, não recebendo, então, as verbas necessárias para a adequada manutenção do núcleo. Aliada a essas perspectivas, tem-se o discurso da psicóloga escolar que destacava a tendência dos professores em psicopatologizar a conduta dos alunos em sala de aula.

Tratava-se de um momento extremamente delicado tanto para a pesquisa quanto para a instituição. Ao mesmo tempo em que havia a necessidade de se redefinir os procedimentos para a pesquisa, a própria instituição passava por um período de mudança de direção e reacomodação dos servidores. As transformações não foram poucas: servidores foram exonerados, projetos foram extintos (tal como o atendimento psicológico individual oferecido aos internos) e novas formas de organizações foram implementadas, como, por exemplo, o POE.

Assim, primeiramente, tornou-se essencial conhecer quais os adolescentes que

faziam uso de medicação psiquiátrica, em que contexto que o diagnóstico psiquiátrico era realizado e qual a percepção dos adolescentes sobre os motivos que levaram à medicalização, os efeitos de psicotrópicos e as ações discriminativas relativas ao esse uso. Em outra frente de pesquisa, foram ouvidos os servidores: gestores, professores, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, de maneira que fosse possível a aproximação sobre as percepções desses profissionais com relação aos adolescentes, principalmente no que se referia à relação saúde-escola.

A reformulação da pesquisa fundamentou-se “*na perspectiva da psicossociologia de reconhecimento da entrevista clínica como possibilidade de acesso ao conhecimento de processos complexos e subjetivos*” tal como Araújo descreve (2006, p. 95). Devido à grande quantidade de resultados, foi possível realizar uma análise quanti-qualitativa.

Para análise qualitativa, foram realizadas entrevistas semi-dirigidas por meio de um questionário. A entrevista era conduzida como uma conversa de modo que fosse possível flexibilizar a ordem das perguntas, bem como introduzir novos questionamentos que pudessem esclarecer possíveis contradições ou conflitos. Assim, inicialmente foram elaborados dois tipos de questionários: um para os adolescentes e outro para os professores. Ao longo da pesquisa, observou-se a necessidade de ouvir outros profissionais, dentre esses: psicólogo, assistente social, enfermeiro, gestores e coordenador pedagógico. Assim, foi criado um terceiro questionário para orientar a entrevista com esses profissionais.

Durante o processo de entrevistas, alguns fatos chamaram atenção. Houve grande dificuldade de entrar em contato com a psiquiatra responsável pelo atendimento dos internos. Foram feitas várias tentativas, pessoalmente e por telefone, entretanto, mesmo quando foi marcado um encontro, a psiquiatra não compareceu à instituição. A dificuldade de conversar sobre procedimentos relativos ao atendimento psiquiátrico, bem como o

acesso aos diagnósticos dos adolescentes foram entendidos *a priori* como resistência. As justificativas se baseavam na falta de tempo e na manutenção do sigilo médico, mesmo sendo esta uma pesquisa aprovada academicamente e submetida ao Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos. Em última instância foi elaborado um ofício pela própria direção do centro, solicitando às médicas responsáveis o acesso aos diagnósticos para fins estatísticos, ou seja, não haveria de maneira alguma a identificação dos sujeitos.

Esse ofício seria entregue ao juiz responsável de modo a endossar a necessidade das informações. Entretanto, não houve tempo hábil para aguardar a resposta do juiz uma vez que o judiciário havia entrado em recesso de final de ano. Posteriormente, correlacionando esses fatos às entrevistas (denúncias) de outros servidores, foi possível perceber que o serviço de saúde mental disponibilizado aos internos não atendia as exigências garantidas por lei, além de estar passando por um processo de desconstrução dos procedimentos psicoterapêuticos que até então eram realizados na gestão anterior.

Aliadas às entrevistas, seria realizado a análise dos documentos individuais. Entretanto, de modo semelhante ao ocorrido com o acesso aos relatórios médicos, não foi possível ter acesso ao histórico desses adolescentes. A análise dos documentos individuais havia sido inicialmente proposta com o objetivo de resumir os dados mais importantes referentes aos dados judiciais, psicossociais, médicos e escolares dos adolescentes. A busca desses dados por meio da análise documental visava dinamizar as entrevistas, uma vez que se tratavam de adolescentes em sofrimento, havendo, assim, a preocupação de não sobrecarregá-los com perguntas que poderiam ser respondidas por outros meios.

Para compreender a organização dos núcleos pesquisados (Saúde e Escola) foi feita análise dos seguintes documentos institucionais:

- Referente ao Núcleo da Escola - Planejamento Escolar de 2009 e Termo de Cooperação Técnica.

- Referente ao Núcleo de Saúde – POE - Plano Operativo Estadual do Distrito Federal referente à Atenção Integral dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória.

A análise documental institucional visou complementar os dados obtidos em entrevistas gravadas e em conversas informais com professores, técnicos, monitores e a direção.

Desse modo, as entrevistas realizadas tiveram como tema central a questão do sofrimento psíquico grave. Para os adolescentes, foram realizadas algumas perguntas iniciais referentes ao ingresso na instituição e aspectos gerais sobre a vida antes da internação como estratégia de *rapport*. Tais perguntas se fizeram mais importantes quando se percebeu a impossibilidade de acesso aos relatórios. Assim, por meio dos dados obtidos foi possível correlacioná-los com pesquisas realizadas anteriores, revelando a fidedignidade dos resultados.

Foram estabelecidos sete grandes temas abordados nas entrevistas dos adolescentes (Ver Anexo V): encaminhamento ao centro de internação, dados sociais, a internação, saúde geral, saúde mental, autoavaliação do passado e as expectativas de futuro e aspectos escolares e de aprendizagem.

Para a entrevista dos professores (ver Anexo VI) foram abordados outros sete temas gerais: dados gerais, as ideologias com relação ao processo ensino-aprendizagem, a tomada de consciência do papel ativo na medida socioeducativa, o próprio sofrimento no trabalho, as ideologias relativas ao sofrimento psíquico grave, os aspectos institucionais, e comentários adicionais.

Foi proposto que os profissionais do núcleo da saúde fossem escutados uma vez que esse núcleo está intimamente ligado à administração de medicação, sendo imediatamente acionado em caso de crise (ver Anexo VII). Foram entrevistados: um

psicólogo, um assistente social e um enfermeiro que compõe o POE. As questões direcionadas a esses profissionais foram organizadas em sete principais temas: dados gerais, atuação profissional na instituição, tomada de consciência do papel ativo na medida sócio-educativa, o próprio sofrimento no trabalho, as ideologias com relação ao sofrimento psíquico grave, os aspectos institucionais e comentários adicionais.

Uma vez tendo abordado a responsabilidade institucional, verificou-se a necessidade de ouvir os gestores e diretores de modo a entender quais eram as potencialidades e as limitações atuais da instituição em questão (ver Anexo VIII). A estrutura da entrevista direcionada a esses profissionais se diferenciava da realizada com os demais apenas por um tema: sobre a responsabilidade enquanto gestor, que se fazia presente pela pergunta: na condição de gestor/diretor, o que você recomendaria para aperfeiçoar a atuação com tais adolescentes nesta instituição?

4.4 – O PROCESSO DA REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Este centro de internação em Brasília encontrado entre o período de dezembro de 2008 a dezembro de 2009 possuiu características peculiares. Após a grande rebelião ocorrida em 2008, foi instaurada uma nova administração sob forma de colegiado. Esse colegiado foi mantido até que fosse definida uma nova direção. Assim, em março de 2009, houve uma nova mudança na direção. Muitos profissionais que permaneceram no centro após essa alteração foram remanejados e grande parte deles não exercia mais a função anterior.

As entrevistas com os adolescentes foram realizadas no Núcleo de Saúde, mais conhecido como Enfermaria. O espaço é composto por três salas, uma destinada ao atendimento odontológico, outra ao atendimento médico e uma terceira de maior dimensão, onde se encontram três mesas, destinada ao uso dos servidores. Há ainda, logo

na entrada da enfermaria, uma cela de porta reforçada e uma ampla bancada protegida por grades onde são guardados os medicamentos, tendo sempre a presença de um enfermeiro.

Para a realização de entrevistas com os adolescentes foi destinada a sala de atendimento médico. Esse ambiente é utilizado pela psiquiatra, pela psicóloga voluntária e pelas servidoras psicólogas. Nessa sala encontram-se: um desfibrilador, uma maca, uma cadeira de rodas, dois suportes de soro, um computador com impressora, duas mesas e três cadeiras e um banheiro. Esse espaço foi oferecido pelo Núcleo de Saúde por proporcionar maior privacidade aos adolescentes, respeitando as condições de sigilo e confidencialidade garantidas pelo Termo de Consentimento Livre e Informado (TCLI). Todas as entrevistas foram realizadas individualmente.

Com os professores utilizou-se o espaço da biblioteca para a realização das entrevistas, que também foram realizadas individualmente. Os demais profissionais foram entrevistados em seus respectivos departamentos.

4.5 – A ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO CONSTRUÍDA

Para analisar os dados qualitativos das discussões e reflexões resultantes dos encontros dos grupos, foi utilizado o método de análise de conteúdo (Bardin, 2004) que se propõe a evidenciar opiniões, críticas, julgamentos, reações afetivas nos relatos e vivências que os participantes tiveram nos encontros. Foi realizado o levantamento das frequências das categorias de modo a contribuir para o conhecimento estatístico desse universo, bem como selecionar os discursos mais recorrentes para o tratamento qualitativo por meio da análise de conteúdo, fazendo o devido recorte para atender ao objetivo dessa dissertação.

De acordo com Bardin (2004, p. 29), a descrição analítica é realizada a partir de “*procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo da mensagem*”, ou seja, busca-se a análise dos significados e não apenas do conteúdo das mensagens. Detalhando essa

perspectiva, pode-se citar Franco (2003) que considera essencial que haja a contextualização das informações disponibilizadas, bem como das experiências em que foram construídas, localizando o cenário e, assim, identificando as possibilidades de transformações e reconstruções. Retomando a contribuição de Bardin (1977), enfatiza-se que

a intenção da análise de conteúdo é inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mensagens, inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos, ou não). (p. 38).

A análise de conteúdo possibilita, dessa forma, a compreensão sobre aquilo que é expresso e, muitas vezes, sobre o conteúdo latente que se encontra no campo do não-dito. Assim, esse tipo de análise busca interpretar o que existe nas entrelinhas e quais as condições de sua produção.

De maneira semelhante, Franco (2003) direciona o caminho da análise: “*o que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto (seja explícito e/ou latente)*” (p. 24).

Para a realização da análise dos dados, foram transcritas todas as entrevistas consentidas pelos adolescentes, professores e demais servidores. Posteriormente foi realizada a transcrição dos relatos. Assim, de acordo com os procedimentos sugeridos por Franco (2003) esse estudo percorreu os seguintes passos:

- Pré-análise, que corresponde à organização do material e consiste na leitura flutuante, escolha de documentos e identificação dos índices.

Devido à grande quantidade de material, foi necessário selecionar os temas que estavam diretamente relacionados aos objetivos. Após o levantamento das frequências, tem-se o início da definição das categorias.

- **Categorização:** dentre as categorias observadas, foram eleitas: 1. Considerações sobre os principais sinais e sintomas percebidos pelos próprios adolescentes em sofrimento psíquico grave sob o contexto de privação de liberdade; 2. Percepções dos adolescentes sobre as condições ambientais da instituição; 3. Percepções dos adolescentes sobre os principais efeitos do uso de medicação psiquiátrica; 4. Utilização dos recursos sócio-educativos disponíveis em contexto escolar.

Os dados descritos e obtidos serão ordenados e discutidos no capítulo seguinte as categorias citadas e os indicadores/temas que foram apresentados, as verbalizações dos profissionais e as respectivas frequências.

A apresentação dos resultados à instituição ainda não foi realizada de modo a garantir a originalidade da pesquisa. Os profissionais do centro, professores, psicólogos, gestores e diretores serão convidados para a defesa desta dissertação. A pesquisadora assumiu o compromisso com a instituição de apresentar os resultados obtidos, colocando-se a disposição para contribuir para a construção de possíveis intervenções necessárias, relativos ao atendimento dos adolescentes bem como dos servidores. Ademais, os resultados não abordados nessa pesquisa serão posteriormente publicados sob forma de artigos científicos.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com a Resolução 196/96, além da realização do Consentimento Livre e Esclarecido, a pesquisa em questão resguarda a proteção e a autonomia dos participantes – adolescentes, professores e demais profissionais entrevistados. Os aspectos éticos de confidencialidade, sigilo e anonimato foram garantidos aos participantes por meio da utilização de três tipos de Termos de Consentimento Livre e Informado: um para os

adolescentes, outro para os professores e outro para os demais funcionários da casa.

Para isto o projeto de pesquisa original foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Instituto de Humanidades da Universidade de Brasília, analisado em Reunião Ordinária de 27 de março de 2009 (Anexo I). Houve o consentimento da instituição a ser pesquisada no dia 19 de março de 2009, bem como da 1ª. Vara da Infância do Distrito Federal e Territórios, de acordo com o ofício no. 2.697/2009, liberado no dia 11 de março de 2009.

Essa pesquisa também se preocupou com o fato dos adolescentes não terem acesso ao acompanhamento psicológico contínuo e especializado em crise. Assim, as questões foram formuladas com extremo cuidado, observando as implicações de cada tema abordado, de modo que não fossem explorados conteúdos mais profundos, prevenindo o desencadeamento de possíveis crises. Além disso, a pesquisa contou com o apoio clínico especializado, oferecido pelo grupo GIPSI, garantindo, assim, a proteção do bem-estar do participante e respeitando os critérios de beneficência.

Ademais, a participação nessa pesquisa ofereceu elevada possibilidade de gerar conhecimento, proporcionando aos participantes não somente a tomada de consciência, bem como subsidiando posteriores intervenções de modo a prevenir ou aliviar as demandas identificadas. Além disso, essa pesquisa, por caracterizar-se como um estudo exploratório, visa incentivar o aprofundamento desse tema em pesquisas posteriores e contribuir para a garantia dos direitos de igualdade e não-discriminação relativos ao cuidado da saúde mental de todo o cidadão.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS E DISCUSSÃO

*Só que de vez em quando vem a inquietação:
quero entender um pouco. Não demais: mas
pelo menos entender que não entendo.*

Clarice Lispector

5.1. ANÁLISE QUANTI-QUALITATIVA

Esse capítulo se dedica à apresentação dos resultados obtidos. Os dados estatísticos trabalhados no SPSS (Statistical Package for Social Sciences) possibilitaram, neste trabalho, o levantamento da frequência dos principais indicadores referentes às categorias previamente estabelecidas, atendendo, assim, aos objetivos estipulados. Ademais, por meio dos recursos dessa ferramenta, foi possível realizar análise de variáveis correlacionadas, ampliando a compreensão sobre as dimensões do objeto de estudo deste trabalho. Para apreciação qualitativa dos dados recorreu-se a técnica de análise de conteúdo tal como propõe Bardin (2004). Para ilustrar as informações obtidas, são utilizadas tabelas e vinhetas, na tentativa de compor um todo harmônico entre números e discursos alinhavado pela abordagem winnicottiana. A apresentação dos dados será feita em 4 subtemas, correspondendo às 4 categorias de análise:

- Considerações sobre os principais sinais e sintomas percebidos pelos próprios adolescentes;
- Percepções dos adolescentes sobre as condições ambientais da instituição;
- Percepções dos adolescentes sobre os principais efeitos do uso de medicação psiquiátrica;
- Utilização dos recursos sócio-educativos disponíveis em contexto escolar.

5.1.1 Considerações sobre os principais sinais e sintomas percebidos pelos próprios adolescentes

Para levantar os principais indicadores ligados a essa categoria, recorreu-se aos dados relacionados à medicação psiquiátrica.

Tabela 1.1 - Conhecimento sobre os motivos relacionados à prescrição de medicação psiquiátrica

	Frequência	Porcentagem
Sim, descrição de sinais e sintomas	25	69,4
Sim, descrição de acontecimentos	1	2,8
Sim, referência a acontecimentos dentro do centro	3	8,3
Não sei	7	19,4
Total	36	100,0

Os dados desta Tabela foram alimentados pelas respostas emitidas à pergunta: “*Que motivos levaram você a começar a tomar essa medicação?*”. A categoria “*Sim, descrição de sinais e sintomas*”, correspondendo a aproximadamente 70% das respostas, refere-se aos relatos que abordaram apenas a descrição de mudanças físicas e psicológicas que caracterizavam determinados quadros sintomatológicos. Por sua vez, o item “*Sim, descrição de acontecimentos*”, caracteriza-se pela exposição de fatos relacionados à história de vida do sujeito. Foram observadas as verbalizações relacionadas a essa última descrição que, apesar de menos frequentes, apresentavam maior quantidade de conteúdos referentes a sentimentos e pensamentos. Houve adolescentes que aproveitaram o ensejo para delatar alguma forma de maus tratos pelos monitores, os agentes de segurança. Eles formam um grupo que corresponde a aproximadamente 8% da amostra e, de forma direta ou indireta, relacionavam o uso da medicação ao modo como eram tratados dentro da instituição. Esses relatos foram denunciadores, principalmente ligados ao motim ocorrido no dia 12/10/2009. Por último e não menos importante, observou-se que quase 20% dos adolescentes entrevistados não sabiam os motivos pelos quais faziam uso de medicação

psiquiátrica. Esse dado é de extrema importância, não somente por representar o segundo maior índice, mas, principalmente, por subsidiar elementos que permitem entender a dinâmica institucional relativa à administração de psicotrópicos.

Segue o relato de dois adolescentes, um menino (Adolescente A) e uma menina (Adolescente B), respectivamente, ambos de 17 que fazem uso de anticonvulsivantes:

Adolescente A

P: por que você toma esse remédio?

A: eu não sei, eu perguntei, eles não falaram (...) eu falei o que eu tava sentindo pro meu técnico, ele passou o relatório pra ela (a psiquiatra) e ela falou que tem que tomar esse remédio assim...

P: Então quem falou com ela não foi você, foi o técnico?

A: É, não fui eu não, aí a gente fala pro técnico, o técnico fala com ela e a médica receita. Daí tem caso que é muito grave ela chama pra conversar. Daí acho que não dá nada não, ela não chamou, né!?

P: mas porque você acha que você toma?

A: porque eu não durmo, aí eu fico tendo pesadelo tipo acordado, gritando. (Adolescente, sexo masculino, faz uso de Amitriptilina, 25 mg, 1 comprimido às 20 horas).

Adolescente B

P: Que motivos te levaram a tomar esse remédio?

A: para acalmar os nervos. Minha técnica solicitou uma consulta pra mim. É porque eu sou muito (...) esqueci a palavra (...) agressiva, porque qualquer coisinha eu estouro.

P: Em que essa medicação te ajuda?

A: a controlar os nervos, para eu não ficar tão agitada, pra eu dormir, eu acho” (Adolescente, sexo feminino, que atualmente faz uso de Tegretol 200mg, 1 comp. de 8 em 8 hrs).

Ao longo da entrevista, o Adolescente A afirmou inicialmente que percebia os efeitos terapêuticos do remédio, mas ao longo do uso foi percebendo que ele precisava de doses cada vez mais elevadas para obter o resultado semelhante aos iniciais. Assim, ele concluiu que estava ficando dependente dos remédios psiquiátricos e por isso não queria

mais fazer uso da medicação. Essas informações sugerem que esse adolescente não teve acesso aos conhecimentos mínimos que lhe são de direito, enquanto usuário dos serviços de Saúde prestado dentro da instituição. Sugere-se que a desinformação leva, por muitas vezes, ao abandono do tratamento farmacológico por parte do cliente, bem como a não-verbalização de reações adversas que poderiam ser administradas pelo médico.

A Adolescente B acredita que o psicotrópico ajuda a não cometer infrações dentro do centro de internação, permitindo que ela não aumente sua medida sócio-educativa e, em suas palavras, “não se atrase dentro do centro”. Assim como ela, vários outros adolescentes de ambos os sexos afirmaram que a medicação ajuda a ficar calmo e não criar confusão com outros internos. Aliada a essas afirmações, acrescenta-se ainda a percepção de alguns internos que consideram semelhantes os efeitos entre Rohypnol e o Rivotril.

O Rohypnol é um indutor de sono que pertence ao grupo de medicamentos chamado benzodiazepinas. A substância ativa é a flunitrazepam, capaz de produzir um sono semelhante ao sono normal. Sua ação é sentida cerca de 20 minutos após sua administração. Como ocorre com todos os hipnóticos, sedativos e tranquilizantes o tratamento prolongado pode causar dependência em pacientes predispostos. De acordo com as advertências descritas na bula dessa medicação, o Rohypnol não elimina a causa da insônia, podendo ocasionalmente gerar sensação de cansaço e relaxamento muscular, principalmente em doses elevadas (acima de 4 mg). A amnésia anterógrada pode ocorrer em certos pacientes que são acordados nas 6 ou 8 horas após a ingestão do medicamento. Casos raros podem ocorrer reações paradoxais, tais como excitação aguda, distúrbios do sono, ansiedade e alucinação. Por sua vez, o Rivotril, nome comercial da substância ativa Clonazepam, é indicado na maioria das formas clínicas da epilepsia do bebê, da criança e do adulto e em casos de crises focais. O Rivotril pode levar à dependência quando é usado com benzodiazepínicos. O risco é mais evidente em pacientes em uso prolongado, altas

dosagens e particularmente em pacientes predispostos, com história de alcoolismo, abuso de drogas, forte alterações na personalidade ou outros distúrbios psiquiátricos graves. Nas entrevistas, esse medicamento aparece com sendo a terceira droga mais utilizada, ficando atrás apenas do cigarro e da maconha.

Dessa maneira, medicalização excessiva do sofrimento pode reduzir a compreensão da queixa ao simples relato da sintomatologia percebida pelo cliente. O questionamento que se faz não procura desqualificar essa percepção do sujeito, mas incitar terapêuticas que proporcionem ao adolescente a compreensão sobre questões emocionais, relacionais e intrapsíquicas mais profundas e intimamente ligadas à etiologia do sintoma. Ao observar as entrevistas, pôde-se perceber que a maioria dos adolescentes refere-se, apenas, aos sinais e sintomas. Dentre os poucos que fazem menção a episódios da vida, dentro e fora da instituição, mais raros ainda são aqueles que associam esses eventos às causas que os levaram a tomar determinada medicação.

Para se aproximar dessas vivências íntimas do sujeito, permeadas de sentimentos aversivos, é necessário o estabelecimento de vínculo – que implica na real aproximação do cliente com o terapeuta, seja ele médico ou psicólogo, estabelecendo-se, assim, a aliança terapêutica. Diante das falas dos adolescentes pôde-se perceber que não há o estabelecimento do espaço terapêutico adequado – o *setting* –, nem mesmo na consulta psiquiátrica. Ademais, essas afirmações confirmam as denúncias feitas pelos funcionários ligados ao Setor de Saúde: “*(a psiquiatra) fica 5 minutos com cada menino e vai embora*”. Na rotina do Setor de Saúde, foi constatado que o atendimento psiquiátrico somente é realizado em um dia da semana, durante o período de aproximadamente 3 a 4 horas, no período da manhã ou da tarde.

Tabela 1.2: Comportamentos relatados pelos adolescentes

	Frequência	Porcentagem
Insônia/pesadelos	12	33,3
Insônia/alucinações	2	5,6
Alucinações	2	5,6
Depressão	4	11,1
Agressividade	3	8,3
Autopunição	4	11,1
Autopunição e alucinações	3	8,3
Epilepsia	2	5,6
Ansiedade	1	2,8
Nenhum	3	8,3
Total	36	100,0

Por meio da análise das entrevistas como um todo foram identificados os principais comportamentos descritos pelos adolescentes. Observa-se a alta frequência de internos que relatavam a vivência de insônia aliada a pesadelos e alucinações. Assim, somados os dois índices, têm-se aproximadamente 39% das queixas. Como ilustração, seguem-se os seguintes relatos:

P: Que motivos levaram você a tomar esse remédio?

Adolescente C (sexo masculino, 16 anos, que atualmente faz uso de Risperidona, 1 mg, 1 comp, Fernergan 25, 1 comp às 20h e Carbamazepina 200mg, às 8 e as 14 h.)

A: Pesadelo, insônia. Só sonho de morte, era real mesmo. (...) tomo remédio pra dormir, é o Rivotril e um outro. Tem hora que eu fico ouvindo coisa lá. É como se me conhecesse, só fala o meu nome”.

Adolescente D (sexo feminino, 17 anos, atualmente faz uso de Tegretol 200mg, 1 comp, de 8 em 8 h.)

A: Quando eu cheguei aqui eu não conseguia dormir não. A técnica achava que eu fiquei assim pelo excesso de atividade, mas eu era assim desde criança (...) eu não sei o que acontecia porque eu vim pra cá e eu não conseguia dormir. Ficava pensando em muita coisa, em coisa que não presta (...) Eu só ficava pensando altas coisas, conversando com as meninas e escrevendo, eu simplesmente não tinha sono. Tinha pesadelos quando eu cochilava. Via vulto direto, mas eu não falava pra ninguém

não, porque eu achava que era coisa da minha cabeça.

P: Via vulto direto?

A: Ainda vejo. De manhã, de tarde, no canto assim, eu vejo altas coisas. Uns bagulhos pretos e vejo altos bagulhos brancos passando também. (...) Às vezes eu escuto uns cochichos. Quando eu tava lá fora (fora da instituição) eu via de relance...

P: E o que você sentia?

A: Acelerava o coração. Antes eu via de relance, depois comecei ver direto.”

Adolescente E (sexo masculino, 17 anos, faz uso de Carbamazepina 12/12hrs e Rivotril 2 mg, 1 comp.)

A: Eu passo mal porque tem dia que eu não consigo dormir não, vendo os bagulhos lá no barraco. Teve um dia que já vi uns negócios aqui já. Tipo, teve um dia que eu tava dormindo, daí eu ouvi alguém me chamando. Daí eu acordei, daí tava todo mundo dormindo no barraco. Daí eu vi um vulto passando por cima assim, daí eu comecei a rezar e fiquei de boa. (...) Na hora eu senti um arrepio.

P: Foi só dessa vez?

A: Não no PD também. Mas não fui só eu que vi não no PD. Eu vi um vulto passando cabuloso mesmo. Eu vi primeiro depois os outros bichos viram também, tipo, passando rapidão.”

É interessante pensar que grande parte dos adolescentes apresenta seus sintomas durante a noite, momento reservado para dormir. Partindo da compreensão sobre o ato de dormir enquanto estado de total vulnerabilidade, cabem as perguntas: esses adolescentes se sentem seguros o suficiente para simplesmente relaxarem e dormirem? Dentre os fatores estressantes, quais têm maior influência no comportamento atual?

O que se pode afirmar até o momento é que a insônia restringe uma experiência extremamente importante para a manutenção da saúde mental de todo ser humano: o sono. Como resumem Vaisberg e Ambrosio (2009, p.148) dormir é

uma condição para qual temos que nos encaminhar ativamente por meio de percursos que denominamos transicionais. Estes percursos

constituem-se a partir de espaços de segurança nos quais se possa exercitar uma não-integração relativa, que muitos hoje denominaram até mediativa, uma vez que o ser humano, felizmente, não se desliga como um aparelho eletrodoméstico.

Ora, tratando-se de espaço transicional, não é surpreendente verificar que justos os adolescentes em conflito com a lei apresentam maior índice de insônia. Entretanto, isso não significa dizer que todo adolescente infrator tem insônia! Deve-se considerar ainda a possibilidade desse sintoma estar relacionado à interrupção do uso de Rohypnol e de outras drogas. E ainda, pode-se questionar sobre quais motivos levariam esses adolescentes a fazer uso de um indutor de sono ainda quando estavam em liberdade?

Pensar a questão da *falta de sono* enquanto pródromo ligado à privação, e não somente à privação de liberdade de adolescentes em conflito com a lei, leva-nos a indagar sobre o modo de viver desse adolescente: houve ou haveria espaço para a espontaneidade, ou ainda, para a criatividade?

Por criatividade entende-se aqui como “*o fazer que, gerado a partir do ser, indica que aquele que é está vivo*” (Winnicott, 1970, p.23). Desse modo, a insônia, assim como o comportamento delinquente refere-se à falta, ou melhor, à privação, à perda de algo que era bom. Dessa forma, sugere-se que as manifestações de insônia são, assim como os atos infracionais, pedidos de ajuda. Pode-se perguntar: e quando esse pedido de ajuda (a insônia) é atendido por meio da medicação, como ele é tratado? Para se aproximar dessa questão são necessários outros dados presentes nessa pesquisas, levantando, assim, algumas hipóteses.

É importante ressaltar que esta manifestação de que se fala também é associada às vivências de pesadelos e alucinações, o que impõe uma análise mais cuidadosa sobre essas queixas. Portanto, têm-se, pelo menos, três hipóteses possíveis para a compreensão de tais sintomas: a) esses sintomas são expressões do sofrimento encoberto pela delinquência, b)

são vivências relacionadas ao abuso de drogas, e c) refere-se ao fenômeno da autoproteção.

Com relação aos comportamentos de *autopunição* e *autopunição e alucinações*, destacam-se os relatos de alguns adolescentes ao se referirem a esse comportamento, descrevendo com clareza a intenção de se obter ganhos secundários, frequentemente ligados à eliminação de uma situação aversiva, como por exemplo, o castigo. Outros internos descreveram a autopunição como sendo gerada por um ato impulsivo, de modo que não foi feita nenhuma menção a objetivos ou propósitos consciente. As alucinações ligadas à autopunição normalmente eram relatados durante o contexto de castigos (mas não somente a este) ou após situações relacionadas a familiares. Entretanto, não é possível afirmar que o comportamento autopunitivo foi incentivado por alucinações auditivas ou visuais. Observemos o seguinte relato:

Adolescente F (sexo masculino, faz uso de Carbamazepina 200 mg, 1 comp. de 12/12 hrs e Alprazolam 1 mg 1 comp. à noite).

A: Tem hora que eu fico perturbado, dou murro na parede, fico falando que vou me matar, mas eu não me mato não porque eu não sou burro (...) Eu corto, porque quando eu corto eu corto fundo, eu não corto brincando (...) Corto, tô nem aí (...) Eu vou parar com isso (...)

P: Por que você se corta?

A: Porque eu fico vendo coisa, fico trancado dentro do quarto sem sair pra canto nenhum, sem ir pra quadra, a gente ia pra quadra agora não tá indo mais. A gente só tem 30 minutos de banho de sol lá no módulo onde eu tô. (...) lá é castigo e lá só é 30 minutos de banho de sol. Não sai pra nada, não sai pra oficina, não sai pra escola. Só sai pra oficina no dia de segunda e sexta e quando o monitor quer levar, se a gente pedir, eles não tão nem aí não (...) daí lá a gente se corta, lá não tem nada pra fazer daí eu me corto, pra eu dar uma voltinha na enfermaria, no hospital, pra eu sair um tempo daquele lugar. Ficar muito tempo ali não é legal não. Eu acabo vendo coisa.

P: O que você tava vendo?

A: Coisas... meu irmão que já morreu (...)

P: E como você se sentia?

A: Não sentia nada, isso não existe, isso é ilusão da minha cabeça.

P: E porque você acha que isso é coisa da sua cabeça?

A: Porque eu já matei demais, moça...

P: E o que tem a ver?

A: Num sei... sei lá... já matei demais, já vi muito cara morto, já tive muito pesadelo, já vi muito filme de terror, de fantasma. É que tem hora que eu penso que é de verdade e tem hora que eu penso que é coisa da minha cabeça. Não sei não, não sei o que é isso não.

O adolescente faz menção à intenção consciente de se cortar (sair do castigo, dar uma volta), entretanto, poderia se considerar que não há a (intensa) vivência de sofrimento nesse caso? O comportamento de autoflagelo ou autopunição é frequente em diversas alas e constitui uma das maiores preocupações verbalizadas pela direção da instituição. Esse comportamento dispense bastante energia por parte dos funcionários, pois como o adolescente falou, são cortes profundos que demandam procedimentos cirúrgicos muitas vezes realizados apenas no hospital. Nesses casos, que acontecem mais frequentemente no turno da noite, são necessários agentes de segurança para fazerem a locomoção do interno. Apresenta-se outro relato sutilmente diferente, ainda sobre o tema da autopunição:

Adolescente G (sexo masculino, 17 anos, que faz uso de fluoxetina 20 mg 1 comp pela manhã e Amitriptilina 25 mg).

A: Eu posso te mostrar uns negócios pra você que eu fiz?

P: Pode...

A: Mas sem problemas?

P: Você se sente à vontade?

A: Quero saber quanto a você (...) cortes, tentei... me matar... tô todo cortado...

P: Esse daqui você levou ponto?

A: Ponto (...) é que às vezes tem umas pessoas aqui no centro que não sabe tratar gente, quando a gente quer uma ligação, eles dizem: espera. Porque minha mulher tá indo embora daqui pra amanhã. Daí eu fiquei perturbado, chorando. Aí de vez em quando bate uma loucura, tentei cortar meus pulsos, sorte que os meninos me seguraram. Daí ontem eu

desmaiei. (...)

P: Como é que você se sente aqui dentro?

A: Péssimo, até as técnicas repararam (...) mas dessa vez eu quero mudar (...) quando eu usava droga, muita droga mesmo (...) a maconha, cocaína, crack, andava com mulher pra cima e pra baixo. Às vezes eu brigava com meu pai e ia dormir lá nos fundos, perto duma boca de fumo. Daí toda noite ela levava comida, dormia lá comigo. Daí um dia ela falou: vamos pra sua casa, seu pai não ta mais com raiva de você. Daí eu chorava, me abria com ela. Ela foi uma pessoa que me ajudou muito. Porque todas as mulheres que eu tive usavam droga. Inclusive ela trabalha, ela parece contigo. (...) Que nem meu pai, eu tava 6 meses sem falar com meu pai, falei com ele faz 2 semanas, ele chorou. Eu nunca falei com meu pai que amava ele. Fui chamar meu pai depois de velho. A gente não tinha diálogo”.

Nesse último caso relatado, o adolescente apresentou uma série de informações importantes: a vivência de maus tratos, eventos estressores atuais ligados às relações interpessoais fora da instituição de internação (relativos à namorada) e eventos estressores do passado (relacionados ao pai). Em uma primeira análise poderia se pensar que essa vivência de sofrimento, por meio do comportamento autopunitivo, caracterizaria o processo de interiorização da culpa. Entretanto, refuta-se esse ponto de vista, pois de acordo com a abordagem winnicottiana compreende-se que o sentimento de culpa está intimamente ligado à reparação (ao outro) e não à autodestruição. Analisando esse diálogo, pode-se perceber que quanto mais privações o adolescente vivencia, mais intensa é a vivência de sofrimento. Acrescentando a perspectiva de Winnicott, propõe-se que o desamparo repetidamente vivenciado – especialmente sob o contexto de privação de liberdade – poderia se tornar insuportável, levando o sujeito ao esfacelamento do eu.

A depressão apresenta-se como a terceira maior queixa. Inicialmente, supunha-se que o índice de depressão, nestes casos, seria o mais frequentemente observado, uma vez que, sob condições estáveis, a depressão pode ser entendida como parte de um processo de

responsabilização. Sugere-se, dessa maneira, que o contexto estudado não se trata apenas da privação de liberdade, mas também de outras privações.

Tabela 1.3: Quantidade de medicações prescrita por módulo de internação

Gênero		Quantidade de medicação				Total
		1	2	3	4	
Feminino	M-5	3	2	2		7
	Subtotal	3	2	2		7
Masculino	M-1			1		1
	M-2	4	5	2	1	12
	M-6		3			3
	M-7	3	3			6
	M-8	1	1	1		3
	M-9		1			1
	M-10	1	2			3
Subtotal	9	15	4	1	29	

A Tabela 1.3 permite que sejam abordados os aspectos relativos ao módulo M-2, ou módulo de segurança, apresentado como sendo a ala onde se encontram os adolescentes que: 1) não podem ficar em outras alas devido às dificuldades de relacionamento; 2) cometeram infrações como estupro, os chamados *jacks*, e caso sejam encaminhados para outras alas eles têm grandes chances de serem agredidos violentamente; e 3) os adolescentes que tomam medicação psiquiátrica. Entretanto, esses dados possibilitam identificar a presença de outra ala, M-7 que também concentra um número significativo de adolescentes medicados. Pode-se questionar: quais seriam as diferenças entre os adolescentes do módulo M-7 e M-2? Para compreender melhor o uso de medicações, recorre-se à Tabela 1.4, a seguir.

Tabela 1.4: Quantidade de medicação psicotrópica prescrita por idade

Idade	Medicamentos	Quantidade				Total
		1	2	3	4	
13	Anticonvulsivante	1				1
	Total	1				1
14	Antipsicótico	1				1
	Total	1				1
15	Anticonvulsivante	3				3
	Anticonvulsivante e antidepressivo	0	1	1		2
	Anticonvulsivante e ansiolítico		1			1
	Total	3	2	1		6
16	Anticonvulsivante	1	2			3
	Anticonvulsivante e antidepressivo			2		2
	Anticonvulsivante e ansiolítico	1				1
	Antidepressivo e antialérgico		1			1
	Antipsicótico, antialérgico, anticonvulsivantes				1	1
	Total	2	3	2	1	8
17	Anticonvulsivante	3	2			5
	Anticonvulsivantes e antialérgico			1		1
	Anticonvulsivante e antidepressivo		1	1		2
	Anticonvulsivante, antidepressivo e ansiolítico			1		1
	Anticonvulsivantes, Antipsicótico		2			2
	Antidepressivo		1			1
	Antidepressivo+ansiolítico		1			1
	Antipsicótico	1				1
Total	4	7	3		14	
18	Anticonvulsivante, antidepressivo		1			1
	Ansiolítico	1				1
	Total	1	1			2
19	Anticonvulsivante		1			1
	Total		1			1
20	Antidepressivo	1				1
	Total	1				1

É interessante observar que os adolescentes mais medicados são os que se encontram com 17 anos. Observa-se também que, dentre as drogas utilizadas, os anticonvulsivantes são amplamente ministrados em associação com antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos e antialérgicos. Dentre os anticonvulsivantes utilizados pela instituição têm-se: Clomazepan (nome comercial Rivotril), Fenobarbital (Gardenal), Fenitoína, Ácido Valpórico (Depakene) e Carbamazepina (Tegretol).

Os anticonvulsivantes são classicamente usados para o tratamento de crises epiléticas. Mais recentemente, observou-se o maior uso para o tratamento de Transtorno do Pânico e crises agressivas e o Transtorno Afetivo Bipolar na Infância e Adolescência. Na amostra pesquisada, apenas 3 adolescentes afirmaram sofrer de transtornos epiléticos. Isto sugere que o restante corresponde a outros casos psiquiátricos.

5.1.2. Percepções dos adolescentes sobre as condições ambientais da instituição

Conhecer a percepção dos adolescentes sobre as condições ambientais do centro tornou-se fundamental para delinear as hipóteses dessa pesquisa. Dentre os diversos aspectos possíveis de serem pesquisados, elegeu-se a segurança, enquanto condição básica para a garantia da integridade física, e a saúde, por ser um fator que permeia diversas dimensões do ser humano. Os dados da Tabela 2.1 foram alimentados pela respostas emitidas à pergunta: “*Do que você tem medo?*” Observa-se que a quantidade de adolescentes que teme por agressões físicas dentro da instituição é pouco significativa. Essa frequência varia em torno de 1 a 2 adolescentes por módulo, sendo que o módulo M-2 foi o que teve maior frequência, 3 adolescentes. Entretanto, proporcionalmente, o módulo M-6 foi o que teve o maior índice de medo, representando 67% dos adolescentes. A ala feminina apresentou o menor índice de medo, somando 14%. Os módulos M-10, M-6 e M-8 atingiram o mesmo resultado, 33%. Os adolescentes que temem agressões físicas no módulo M-2 constituem 25% dos internos daquele módulo. É interessante observar os índices desse módulo, uma vez que ele é considerado o módulo de segurança dessa instituição.

Tabela 2.1: Relação entre medo e qualidade relacionamento interpessoal entre os adolescentes

Do que você tem medo?		Relacionamento com os internos					Total
		Excel	Bom	Reg	Ruim	Péss.	
Agressão/morte contra própria vida dentro da Instituição	M-10	1					1
	M-2	1		1	1		3
	M-5		1				1
	M-6			1	1		2
	M-8	1					1
Total		3	1	2	2		8
Agressão/morte contra a própria vida fora da Instituição	M-5		1				1
	M-7		1				1
	Total		2				2
Agressão/Morte de familiares	M-10	1					1
	M-2		1				1
	M-5	2	1				3
	M-8	1					1
Total		4	2				6
Punição Divina	M-2	3					3
	M-7			1			1
	Total	3		1			4
Não tenho medo de nada	M-1	1					1
	M-10	1					1
	M-2	2	1	1		1	5
	M-5	1				1	2
	M-6			1			1
	M-7		4				4
	M-8		1				1
	M-9		1				1
Total		5	7	2		2	16

Pode-se inferir que dentre os internos que responderam “*não tenho medo de nada*”, poderia haver algum que não se sentia seguro o suficiente. Buscou-se verificar essa questão através da correlação de respostas, tal como se apresenta na Tabela 2.2. Assim, dentre os que “*não têm medo de nada*” 69% deles de fato se sentiam seguros dentro do Centro. Por sua vez, dentre os que afirmaram ter medo de agressões físicas dentro da instituição e não se sentem seguros, somam-se 50% dos adolescentes. Ao comparar a quantidade de adolescentes que temem agressões físicas dentro da instituição e os que se sentem

inseguros com o total de adolescentes entrevistados, observam-se índices muito próximos, 22% e 23%, respectivamente. Assim, a partir desses dados, pode-se afirmar que os índices de percepção de segurança são considerados satisfatórios, pois a maioria dos adolescentes se sente seguro e não teme por agressões dentro Centro.

Tabela 2.2: Percepção sobre Segurança e Medo

Do que você tem medo?	Seguro?	Relacionamento com os internos					Total
		Excel	Bom	Reg	Ruim	Pés	
Agressão / morte contra própria vida dentro da Instituição	sim	2	0	1	1		4
	não	1	1	1	1		4
	Total	3	1	2	2		8
Agressão / morte contra a própria vida fora da Instituição	sim		2				2
	Total		2				2
Agressão / morte contra a vida de familiares	sim	4	2				6
	Total	4	2				6
	sim						
	não	1					1
	Total	3		1			4
Não tenho medo de nada	sim	2	7	1		1	11
	não	3		1		1	5
	Total	5	7	2		2	16

Por sua vez, sobre a percepção dos fatores de manutenção da saúde, foi perguntado aos adolescentes “*como você acha que está sua saúde?*” De acordo com a Tabela 2.3, ao avaliarem sua saúde, 30% deles espontaneamente fizeram menção a algum problema de saúde geral, enquanto 19% classificaram o estado de saúde entre ruim e péssimo. Com relação aos relatos sobre a saúde geral, considera-se que o fato da entrevista ser realizada na enfermaria pode ter sido um fator que os sensibilizou para assuntos relacionados à doença/saúde. Alguns adolescentes ao chegarem à sala para serem entrevistados, comentavam que pensavam que seriam atendidos pela médica, para tratar de problemas, em sua maioria, respiratórios.

Tabela 2.3: Fatores de manutenção da saúde

Referência a problemas na saúde geral?		Drogas em uso		Total
		Cigarro	Maconha	
Excelente	Não	4	1	5
	Total	4	1	5
Boa	Sim	1	1	2
	Não	11	2	14
	Total	12	3	16
Regular	Sim	5		5
	Não	3	1	4
	Total	8	1	9
Ruim	Sim	2		2
	Não	1		1
	Total	3		3
Péssima	Sim	2		2
	Não		2	2
	Total	2	2	4

Ainda com relação à saúde, é importante se ressaltar que todos os entrevistados afirmaram que fumavam frequentemente. Entretanto, pode-se perceber que, em quatro dos módulos pesquisados, houve relatos sobre a presença de maconha. Ademais, a frequência de utilização variava entre o uso realizado naquela semana e o mês passado.

Ao considerar que a instituição é percebida de várias maneiras possíveis pelos adolescentes, supõe-se que para os que percebem a instituição como um ambiente seguro, os sintomas antisociais podem ser entendidos como parte de um processo no qual o sujeito gradativamente vai adquirindo a confiança no ambiente, de modo que gradativamente ele possa abrir mão dos recursos antissociais tal como elucida Winnicott (1950b):

a criança (pode-se afirmar, o adolescente; acréscimo nosso) também tem que adquirir confiança no novo ambiente, em sua estabilidade e capacidade para a objetividade, antes que as defesas possam ser abandonadas - defesas contra a ansiedade intolerável que é sempre suscetível de ser reativada por uma nova privação (p. 201).

Entretanto, para aqueles que percebem o contexto da instituição como instável, os sintomas apresentados são entendidos como expressão de sofrimento psíquico, onde “a loucura” constantemente ameaça o *self* e o comportamento antissocial representa uma faísca de saúde mental.

Com relação ao tema das drogas, torna-se impossível confirmar se e quais as vivências de sofrimento em privação de liberdade são consequências de crises de abstinência. Entretanto, por meio dos atuais procedimentos exigidos pelo POE, e da implementação de entrevistas de diagnóstico psicológico no momento em que o adolescente entra na instituição, as informações iniciais poderão ser sistematizadas de maneira que se possa inferir com mais segurança sobre a etiologia dos sintomas apresentados.

5.1.3. Percepções dos adolescentes sobre os principais efeitos do uso de medicação psiquiátrica

Na tentativa de não ser mais um trabalho que desqualifica por completo as ferramentas sociais disponíveis no atual contexto, buscou-se valorizar as potencialidades da instituição, identificando quais as possíveis soluções que o Centro disponibiliza para seus internos e como os adolescentes se beneficiam dessas. Diante dos diversos projetos existentes na instituição, foram eleitas duas das principais gerências existentes na instituição: de Saúde e da Escola. Vejamos a Tabela 3.1.

Tabela 3.1: Percepção sobre os efeitos da medicação

	Freq	%
Efeitos positivos	15	41,7
Efeitos positivos insatisfatórios	1	2,8
Efeitos negativos	2	5,6
Efeitos positivos e negativos	11	30,6
Nenhum efeito	5	13,9
Efeito contrário	1	2,8
Não adesão	1	2,8
Total	36	100,0

No que tange à Gerência de Saúde, observa-se que a Enfermaria é o carro-chefe, pois a medicação não é somente o primeiro recurso a ser acionado, mas, na maioria dos casos, o único. Diante do sofrimento psíquico e da ausência de atendimento psicológico adequado (realizado por psicólogos), o serviço de psiquiatria tenta conter não somente a sua própria demanda, a psiquiátrica, mas também a psicológica. Entretanto, apesar das diversas deficiências existentes nessa gerência, observa-se pela Tabela 3.1 que 75% dos adolescentes que estão submetidos apenas à utilização de psicotrópicos se beneficiam desse uso. Como consequência da falta de opções, no entanto, nesse grupo, 80% não estão completamente satisfeitos, considerando o efeito insatisfatório ou apresentando concomitantemente reações indesejáveis (efeitos colaterais).

Retoma-se a pergunta feita anteriormente: e quando esse pedido de ajuda expressos pelas manifestações de insônia, pesadelos e alucinações é atendido apenas por meio da medicação? É exatamente esse o contexto apresentado. Quando o sofrimento psíquico é compreendido apenas como sinônimo de doença, sintoma, apenas uma parte do problema é resolvida, a neuroquímica ou medicamentosa. A outra parte continua escondida ou escamoteada, seja pelos profissionais, seja pelos próprios adolescentes, emitindo, no entanto, sinais que demandam, inevitavelmente, atenção. É possível negligenciar cuidados quando há sangue escorrendo pelo chão ou gritos que expressam a mais intensa expressão de sofrimento psíquico grave, comumente chamado de “loucura”? Nesses casos, a intervenção é imediata. E para os outros que se encontram silenciados pela medicação, pelo remorso, pelo tédio ou pelo desconhecimento de direitos básicos?

O que se propõe não é a retirada da medicação, pois poderia causar efeitos ainda piores, mas a urgente implementação de serviços psicológico e psicossocial adequados, ou seja, realizados por outros profissionais de saúde mental (psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, etc) devidamente preparados para lidar com esse

contexto, para que se pudesse atender, pelo menos, aqueles que fazem uso de medicação psicotrópica, denominados aqui neste trabalho de adolescentes em sofrimento psíquico grave.

Para tanto, destacamos os relatos de dois internos:

P: esse remédio te atrapalha alguma coisa?

Adolescente H (sexo feminino, 16 anos, que faz uso de Amitriptilina 1 comp de 25 mg às 20h e Fenegan 1 comp de 25 mg)

A: Atrapalha? Vai atrapalhar quando eu sair daqui que eu não vou ter mais remédio, mas boto fé que não atrapalha não...

Adolescente I (sexo masculino, 16 anos, que faz uso de Carbamazepina 200mg 12/12 h. e Rivotril 6 gts a noite).

A: Acho que essa medicação não me atrapalha em nada não. Minha mãe gosta que fique tomando esses negócios. Disse que eu tava me atrasando muito aqui, fazendo altos bagulhos loucos. Daí eu comecei a tomar e ficar tranquilo.

Nesses relatos observam-se dois temas que são encontrados em diversas outras entrevistas: a primazia do imediato e o aspectos sistêmico do sofrimento e, portanto, da medicalização. No primeiro relato, observa-se que o adolescente se preocupa com a resolução do sofrimento no presente, não se importando com (ou desconhecendo) as consequências que a medicação pode causar. Essa característica não é observada somente com relação à postura diante da medicação ou a outras questões relacionadas à internação. O imediatismo se refere à construção de uma subjetividade que teve que se adaptar precocemente ao princípio da realidade, caracterizada essencialmente pela “perversidade”.

Na segunda fala, o adolescente afirma que a mãe gosta que ele seja medicado. Entretanto, para além da justificativa materna - evitar que esse adolescente se atrase -, deve-se considerar que tanto o sintoma e a delinquência, quanto a sua medicalização serviram e ainda servem para uma estereotipada tentativa de manutenção das relações

culpabilizadoras que reduzem a complexidade do problema a um único autor – o adolescente.

Buscando ilustrar quais eram os efeitos percebidos como satisfatórios e insatisfatórios, recorreu-se a Tabela 3.2., a seguir, que permitiu identificar que:

- 1) os adolescentes plenamente beneficiados com psicotrópicos são aqueles que apresentam dificuldades para dormir, indisposição/desmotivação para realizar as atividades e que sofrem de crises epiléticas;
- 2) dentre os adolescentes que se queixam de alucinações, e provavelmente fazem uso de antipsicóticos, os efeitos indesejáveis relatados são semelhantes aos previstos nas reações adversas comuns: sentir-se dopado e dificuldade na realização de atividades. Entretanto, curiosamente, um adolescente relatou vivenciar o efeito contrário.
- 3) por fim, para aqueles que percebem que a medicação ajuda a ficar mais calmo e a passar o tempo mais rápido, alguns problemas físicos foram relatados (efeitos colaterais), principalmente as dores de cabeça.

Tabela 3.2: Correlação entre as percepções positivas e negativas

Em que a medicação ajuda?	Em que essa medicação atrapalha?							Total
	Probl. físicos	Dormir a noite	Fazer ativid.	Dopado	Medo de viciar	Em nada	Efeito contr	
Dormir	2	1	0	0	1	5	0	9
Ficar disposto	0	0	0	0	0	3	0	3
Ficar mais calmo	1	0	2	0	0	8	1	12
Não ter visões nem ouvir vozes	0	0	0	1	0	0	1	2
Não ter crises epiléticas	0	0	0	0	0	1	0	1
Passar o tempo mais rápido	1	0	0	0	0	1	0	2
Em nada	0	1	1	0	0	3	2	7
Total	4	2	3	1	1	21	4	36

5.1.4 Utilização dos recursos sócio-educativos disponíveis em contexto escolar

O contexto escolar é interessante de ser analisado, porque, diferentemente do que acontece no da saúde, os adolescentes não precisam acionar esse recurso, pois frequentar a aula é obrigatório. Desse modo, por meio da Tabela 4.1 observa-se dois principais discursos diante do aspecto escolar:

1) A escola do Centro é o lugar (ideal) onde pode se adquirir conhecimento, mas o adolescente não aprende;

2) A escola tem como principal finalidade garantir a conclusão dos estudos. Nas entrelinhas dessa fala encontra-se o mito que a simples aquisição do diploma garante a entrada no mercado de trabalho.

Tabela 4.1: Avaliação sobre a qualidade da aprendizagem

		Você percebe que está aprendendo?					Total
		Sim, explicou resposta	Sim, não soube explicar	Não, escola é fraca	Não interessa pelos estudos	Não aprende	
Que coisas você aprende na escola que vão te ajudar a mudar seu futuro?	conhecimentos	3	2	1	0	5	11
	expressão verbal	2	0	0	0	0	2
	respeitar os outros	1	2	0	0	0	3
	concluir estudos, ir pra faculdade	8	4	2	0	0	14
	Nada	1	1	1	2	1	6
Total		15	9	4	2	6	36

Vale ilustrar com os seguintes relatos:

Adolescente J, sexo masculino, 16 anos:

A: Os estudos, que é mais importante pra ter um bom emprego. Abrir uma oficina... Quero abrir minha oficina!

Adolescente K, sexo masculino, 17 anos:

A: A me formar. Quero fazer faculdade de Direito porque quando esses bichos baterem em adolescentes aí eu vou cair em cima deles porque eu sei como é que é. Eu já passei por essa vida e eu já sei como é que é.

Adolescente L, sexo feminino, 15 anos:

P: Em que a escola te ajuda a mudar de vida?

A: O modo de falar mesmo. Quase todas as palavras que eu usava eram gírias, aprendi a parar de falar gíria (...) aqui nesse lugar a tendência é só piorar, né?! Mas vai depender só de nós.

Na primeira fala observa-se o adolescente que visa concluir os estudos e abrir uma oficina, como se fossem projetos paralelos, que não têm necessariamente relação entre si. Apesar disso, o interno considera que os estudos são importantes para conseguir um bom emprego, mas ao relatar o seu próprio projeto de futuro, a escola não aparece como meio para se alcançar os objetivos. Na segunda fala tem-se o aluno que busca estudar para se formar em direito e ser advogado. Entretanto, mesmo adquirindo esse emprego almejado, sua condição diante da sociedade, do policial e da justiça continua a mesma: ele ainda se vê à margem.

Na terceira, observou-se que paradoxalmente alguns adolescentes se referiam a aprendizagens interpessoais, como por exemplo, melhorar a expressão verbal e respeitar o outro. Poderia se perguntar, por que o contexto escolar é relacionado a esse tipo de aprendizagem? Aliada a essa percepção, pode-se somar outra série de relatos que se referem à escola como um lugar onde se “*esquece que está preso*”. Sendo assim, pode-se supor que os professores constituem um importante instrumento disponível atualmente no Centro, sendo, talvez, o principal, para que se possibilite a ressocialização.

Tabela 4.2. Avaliação sobre a qualidade da aprendizagem

		Você percebe que está aprendendo?					Total
		Sim, explicou sua resposta	Sim, não soube explicar	Não, a escola é fraca	Não me interessa pelos estudos	Não aprendo	
Como você se na escola?	percepções positivas	14	8	2	1	2	27
	percepções negativas	1	1	2	0	4	8
	indiferença	0	0	0	1	0	1
Total		15	9	4	2	6	36

Falas ilustrativas:

Adolescente M, sexo masculino, 18 anos:

A: A escola daqui é muito fraca, moça. A gente entra inteligente e sai burro (...) Aqui a gente passa de ano muito fácil...

Adolescente N, sexo feminino, 16 anos:

A: Me sinto motivada na escola daqui. A professora diz que eu aprendo rápido (...) recebo elogios (...)

Por fim, mas não menos importante, os dados da Tabela 4.2 aliados aos relatos dos adolescentes permitem romper com, talvez, o maior dos preconceitos existentes no contexto escolar: os adolescentes que não gostam da escola são aqueles que não valorizam o estudo, em outras palavras, o problema da desmotivação do aluno encontra-se no próprio aluno. Todavia, o que se percebe é que justamente os adolescentes que verbalizam suas insatisfações diante da escola e que, muitas vezes, não gostam de ir à escola, são aqueles com o maior potencial de interesse, pois percebem que a instituição não atende às suas motivações, avaliando-a como “fraca”. Esse adolescente se desmotiva, não porque desvaloriza a aprendizagem, mas porque o conhecimento disponível não sacia os seus questionamentos, sua curiosidade, seus desejos. Ainda sobre aqueles que não gostam da escola, têm-se aqueles que percebem não aprender; o que é completamente diferente de

não querer aprender. Pode-se supor que assim como acontece com o adolescente que considera a escola fraca, o adolescente que não aprende também não é atendido em suas necessidades educacionais. Sob esse ponto de vista sistêmico, a escola passa então a estar implicada no processo de aprendizagem, sendo necessário que também seja analisada.

CONCLUSÕES POSSÍVEIS

O que não sei dizer é mais importante do que o que eu digo.

Clarice Lispector

A realidade da instituição é desafiadora para todos os atores envolvidos neste contexto: adolescentes, servidores, profissionais da saúde, da educação, operadores do Direito, do controle do comportamento, familiares e sociedade. O projeto inicial desta pesquisa buscava conhecer os modelos de aprendizagem destes adolescentes, de modo que fosse possível subsidiar intervenções mais adequadas para a situação daqueles em sofrimento psíquico grave. Já havia um discurso pronto, uma meta a ser atingida, um objetivo. O fracasso da primeira aproximação permitiu que fosse possível outra escuta, menos enviesada por técnicas e teorias, menos preconceituosa e mais complexa por excelência.

Os adolescentes estavam e estão dispostos a falar, mas aquilo que é falado é passível de ser escutado? Estão os profissionais da saúde e da educação dispostos a ouvir algo que é dito, às vezes, aos gritos ou marcados por sangue ou agressões máximas, que impele à mobilização, ou é mais cômodo ouvir o conhecido recôo dos próprios preconceitos diante desses adolescentes?

Essa pesquisa ensinou que antes de avaliar, conhecer e sistematizar é necessário, fenomenologicamente, apenas ouvir. E quando se ouve, mobiliza-se, inevitavelmente, outra implicação ética nessa ação. Talvez o objetivo dessa pesquisa tenha sido modificado a tempo de desobstruir os ouvidos (clínicos, acadêmicos, profissionais e sociais) para tentar entender e dar (mais) voz a emissores que estão continuamente clamando para serem

escutados, enquanto que, no estilo das instituições totais apenas se imaginava que a medicação os havia calado. Talvez seja necessário que mais pessoas gritem juntas.

Ouvir adolescentes não é uma tarefa fácil para ambas as partes. Para os adolescentes, falar, ao invés de agir, se torna uma tarefa que exige caminhar pela contramão, pois se considera que nessa fase da vida o sujeito passa a agir duas vezes antes de pensar, quiçá aqueles que não foram ouvidos em todo o seu processo de desenvolvimento! De fato, o “adolescente infrator” ainda opera suas elaborações em um nível concreto, da ação. É agindo que o adolescente passa a compreender sua própria ação, e aos poucos, vai se reconsiderado e se reposicionado como sujeito de suas ações e elaborações, se desvencilhando desse recurso, passando a ser capaz de fazer elaborações verbais.

Ouví-los, na tentativa de compreendê-los, torna-se um trabalho semelhante à montagem de um grande quebra-cabeça. Aparentemente, o discurso do adolescente é contraditório. Determinadas afirmações são feitas em um momento e mais adiante outras diferentes são expostas de maneira que as últimas parecem refutar o que havia sido dito anteriormente. Quando indagado sobre o possível conflito, o sujeito é capaz de conciliar as duas afirmações contraditórias em um mesmo raciocínio, que remete a uma certa coerência, embora empobrecida e muitas vezes inconsciente. Talvez seja difícil compreender o adolescente porque o que ele diz, na maioria das vezes, faz referência ao presente e ao passado, ao que está sendo desconstruído e também ao que está em fase de construção, às perdas doloridamente vivenciadas e às promessas de ganhos e ascensão ao *status* adulto.

A outra grande dificuldade de se ouvir estes adolescentes diz respeito ao que se deve considerar normal, natural, para determinado adolescente e aquilo que sugere sofrimento, *pathologia*, uma vivência egodistônica. Essa questão torna-se ainda mais

delicada quando os adolescentes abordados são aqueles que vivem uma realidade absurda e naturalmente perversa. Pode-se supor que em um ambiente onde a própria vida não é valorizada, priorizar a vida (de si e do outro) pode se tornar uma experiência extremamente conflituosa e repetitivamente dolorida.

Ter em mente que o comportamento adolescente reflete esse conflito em seu nível mais íntimo permite que possamos ampliar a escuta para além daquilo que está sendo escutado naquele exato segundo. Dessa maneira, determinada frase só é possível de ser ouvida, entendida apropriadamente, quando se considera o discurso como um todo, em suas dimensões complexas.

As perguntas feitas aos adolescentes buscaram apenas orientar alguns temas que não poderiam ser esquecidos. O que eles pensam sobre a instituição? O que eles sentem diante da realidade que vivem, em privação de liberdade, medicalizados, em relação à educação e ao futuro? Entretanto, o reflexo dessas perguntas se converge para os profissionais, propiciando a desconstrução daquilo que parecia tão óbvio originalmente: por que mesmo esses adolescentes estão nesse centro de internação? Por que estão sendo medicados? Mais do que reflexões acadêmicas proporcionadas pela análise do discurso, o conteúdo dessas falas, transborda essencialmente seu caráter político, denunciador do contexto social em que se vive.

Do ponto de vista sistêmico, estar em privação de liberdade e ser medicado atende à função principal de manter o equilíbrio dos sistemas, seja esse familiar ou social. Como enfatiza Sales (2007) a metáfora do adolescente infrator retrata uma questão social, muito mais ampla do que o simples fato de se considerar o contexto marginalizado em que esse adolescente vive. Mantê-los à margem da sociedade, não significa retirá-los do funcionamento social. Ao contrário, os marginalizados funcionam como uma peça fundamental para que o sistema continue funcionando, delimitando a margem, o limite que

até se pode ir. Punir a delinquência significa, desse modo, reafirmar os limites paradoxais que a sociedade impõe a si mesma. Ao mesmo tempo, percebe-se que a marginalidade existe para que as desigualdades sociais continuem existindo. Como afirma Sales (2007), no que concordamos, pensar sobre o adolescente em conflito com a lei não significa falar só da fome, da pobreza e de violência, mas sim do desperdício, da concentração desigual de riqueza e da violação básica dos direitos humanos, em suas múltiplas dimensões: educação, saúde, cidadania, família, relações sociais.

Da mesma forma, a metáfora do adolescente infrator também se configura como um conflito muito mais íntimo do que o simples fato de considerar que um roubo visa adquirir um bem que não poderia ser conquistado de maneira lícita. Como alertava Winnicott, em 1946, “*os ladrões estão inconscientemente procurando algo muito mais importante do que bicicletas e canetas-tinteiro* (p. 128)”. Dessa maneira, pensar a questão da reincidência de medidas provisórias que esses adolescentes cumprem deve ser entendida para além do desejo de satisfazer as necessidades materiais e/ou da mera transgressão jurídica e social.

Pensando de acordo com a abordagem winnicottiana, considera-se que é a tendência antissocial não tratada, no caso, a delinquência é, ao mesmo tempo, um pedido de ajuda e um sinal de esperança. Entretanto, em muitos casos, as instituições sociais que lidam com esses sujeitos e que poderiam ser agentes catalizadores no processo de (re)educação e (re)inserção social – como, por exemplo, os próprios centros de internação e as famílias – tardam em escutar, lidar ou transformar as próprias relações interpessoais com esses adolescentes.

Assim, entendendo que a tendência antissocial não é somente um pedido de ajuda, acredita-se que seja possível atendê-lo, superando, assim, a tendência antissocial, não apenas dos indivíduos, mas dos diferentes atores sociais. Para tanto, deve-se considerar

que esse pedido de ajuda refere-se à reparação de algo que lhe foi negligenciado, sobre o qual ele tinha direito, caracterizando a verdadeira experiência de desapossamento durante todo o seu processo de desenvolvimento. Não se trata apenas da privação de bens materiais – embora esse tipo de privação também se relacione (mas nem sempre) com esta de que fala – a privação que motiva, inconscientemente, o adolescente a transgredir diz respeito à privação de vínculos, de afetos e relações significativas que não lhes faça transgredir para poder se sentir existindo.

A perspectiva winnicottiana rompe com o senso comum no sentido em que entende, e nosso estudo assim corrobora, que a tendência antissocial não é a falta do sentimento de culpa, mas aquela falta que se inscreve na relação *entre* aquilo que é vivenciado dentro de si e aquilo que é entendido como ambiente; fala-se, portanto, da capacidade de envolvimento e da possibilidade de construção de relações (afetivas, emocionais, familiares, sociais) significativas. Winnicott (1963b) entende que o não-envolvimento consiste

na não sobrevivência da mãe-objeto ou o fracasso da mãe-ambiente em propiciar uma oportunidade confiável para a reparação, levando à perda da capacidade de envolvimento e à sua substituição por angústias cruas e por defesas cruas, tais como clivagem ou desintegração (p.117).

Aqueles que eram, até então, invisíveis aos olhos da sociedade, parecem tomar cor quando esbarram nos braços da Lei. Assim, supõe-se que o sofrimento psíquico torna-se mais gritante quando em privação de liberdade, pois ao se depararem com a medida sócio-educativa, os adolescentes vivenciam quase todos os limites. Cumprir essa medida em privação de liberdade pode significar, ao mesmo tempo, ser punido e ser acolhido, uma vez que – e apesar de todas as limitações – a instituição propicia, por mais paradoxal que pareça, posto que se impõe um limite no “autodesregramento existencial”, sentimentos de

segurança e estabilidade para a maioria dos adolescentes, garantindo, muitas vezes, a própria integridade física e manutenção (mesmo que precária) da existência global dos internos.

Onde se lê “punido e controlado”, lê-se também “amado e odiado”, que em sua essência humana, nada difere dos adolescentes tidos como normais. Na verdade, para Winnicott, amor e ódio são as duas faces humanas de mesma moeda. A sociedade ao mesmo tempo em que “odeia o adolescente infrator”, permite que esse seja mantido em um lugar protegido. Essa situação permite que o adolescente odeie a instituição, e, por conseguinte, a sociedade, possibilitando o surgimento do gesto espontâneo sendo, então, possível que ele a ame, no sentido em que busca a reparação.

Ao sentir-se seguro e confiante na estabilidade do sistema, ele pode se permitir entrar em contato com seus sentimentos e conflitos mais profundos, possibilitando que ele alcance a autocura possível, entendida por Winnicott (1956, p.142) como “*cura de uma dissociação de instintos*” ou tendências, que pode ser visto por meio da atuação, *acting out*. Winnicott (1956) entende que essas tendências sejam: *a busca do objeto* e *a destruição* (ou agressão).

A autocura, portanto, é a atuação da esperança, na qual o ambiente permite que o sujeito integre dois tipos de impulsos: o primeiro que consiste na busca de objeto (mais claramente observado no comportamento de roubar e mentir) e a segunda pelo movimento de destruição. Dessa maneira, Winnicott (1956) afirma que no momento de esperança, a criança (podendo ser entendido como o adolescente):

Percebe um novo ambiente que possui alguns elementos de confiabilidade.

Experimenta um impulso que poderia ser chamado de busca de objeto. Reconhece o fato de que a implacabilidade está prestes a tornar-se uma característica marcante e, assim:

Agita o ambiente imediato num esforço para alertá-lo para o perigo e

para organizá-lo de modo que tolere o incomodo.

Se a situação se mantém, o ambiente deve ser testado repetidamente em sua capacidade para suportar a agressão, para impedir ou reparar a destruição, para tolerar o incômodo, para reconhecer o elemento positivo na tendência anti-social, para fornecer e preservar o objeto que é procurado e encontrado.

Num caso favorável, quando não existe excesso de loucura ou compulsão inconsciente ou organização paranóide etc., as condições favoráveis podem, com o tempo, habilitar a criança a encontrar e amar uma pessoa, em vês de continuar a busca através de reivindicações dirigidas a objetos substitutos que perderam todo o seu valor simbólico.

No estágio seguinte, a criança precisa estar apta a sentir desespero numa relação, em vez de esperança apenas. Para além disso está a probabilidade real de uma vida para a criança. Quando os supervisores e o pessoal de um alojamento conduzem uma criança através de todos os processos, eles realizaram uma terapia que é certamente comparável ao trabalho analítico. (p. 146).

Considerando esse centro de internação como instituição que leva o nome do Pai, pode-se sugerir que o adolescente ao transgredir a Lei, busca sentir a presença da função paterna. Assim, ao captar o olhar da justiça por meio do ato infracional, resgata ao mesmo tempo a vivência do limite. Considerando que, enquanto esse adolescente está sob privação de liberdade, há o estabelecimento de limites claros; em outras palavras, poder-se-ia dizer que, enquanto o adolescente está em privação de liberdade, ele sente a presença da função paterna, uma das funções continentas e estruturantes essenciais do humano. O que falta, então, para se estabelecer o processo de autocura?

Nessa pesquisa, foi observado que ao mesmo tempo em que a instituição é percebida por alguns adolescentes como um ambiente seguro, essa não disponibiliza outros recursos necessários para que eles entrem em contato com seus sofrimentos de modo adequado, o que muitas vezes, poderia ser entendido como uma nova privação, retornando à sensação de desamparo. Dessa maneira, entende-se que a possibilidade de expressão de

doenças ocultadas pela tendência antissocial podem torná-las mais perceptíveis por meio do acolhimento (suporte) do sistema institucional às constantes tentativas de destruição por parte dos adolescentes de modo que, gradativamente, eles possam se desvencilhar desse mecanismo.

Propomos, em complementação, que seja a experiência da função materna, traduzida pela criação e manutenção de vínculos afetivos. Pensar essa hipótese permite dar sentido a alguns fenômenos tidos como incompreensíveis e insolúveis no atual contexto da instituição, como por exemplo, a alta frequência de adolescentes que se queixam de insônia e a persistência do comportamento autopunitivo mesmo sob o uso de psicotrópicos. Recorre-se, assim, à análise dos recursos disponíveis pela instituição. O que se nos impõe, diante de tal complexidade, é que as funções paterna e materna, tanto no sentido lacaniano quanto winnicottiano, precisam se conjugar em um equilíbrio mínimo para permitir que as duas funções sejam continentes. Podemos construir a metáfora de que “as duas árvores do jardim precisam permitir conectar uma rede de acolhimento entre ambas”.

Vale destacar que a medicação e a disposição do sistema escolar dentro do centro de internação são dispositivos valorizados e utilizados pelos adolescentes, mesmo à despeito de suas limitações e formas estereotipadas de utilização. A cultura de administração de psicotrópicos aos adolescentes caracteriza-se como único recurso disponível pelo Núcleo da Saúde nos cuidados com a saúde mental dos internos. Entretanto, ao verificar que uma parcela significativa dos adolescentes desconhece as medicações em uso e os motivos que levaram a prescrição das mesmas, bem como os efeitos terapêuticos previstos e as possíveis reações adversas, aliado ao fato de que, em alguns casos, esses psicotrópicos são prescritos sem ao menos ver o próprio sujeito, evidencia-se que a prescrição da medicação psicotrópica sirva primeiro a interesses institucionais e às supostas necessidades psiquiátricas dos internos, mantendo-os, assim,

domados, dopados ou apenas supostamente controlados.

A partir dos dados colhidos, ficou evidente que a administração indiscriminada de psicotrópicos aos internos “com sofrimento psíquico grave” impede que os mesmos se conscientizem sobre os conflitos mais intimamente relacionados ao seu próprio sofrimento. Ao analisar os relatos dos adolescentes, observou-se que a percepção de sofrimento, em sua maioria, refere-se à descrição de sintomas físicos. Entende-se, assim, que, de maneira semelhante, o uso criativo da tendência antissocial, seja dificultado, pois se considera inerente a vivência de patologias que impedem a elaboração do sofrimento, sendo essa última necessária para a construção de outro espaço transicional, anteriormente ocupado pela delinquência.

Sendo assim, pode-se pensar que, diante das atuais limitações da instituição, os professores, no atual contexto da instituição, sejam o melhor instrumento de modificação das relações interpessoais, o poderoso trunfo para propiciar a criação de vínculos (desde que devidamente qualificado e considerado), por que:

1. o ambiente escolar, ou seja, a obrigatoriedade de se frequentar a escola é vivenciada como uma experiência positiva, enquanto a obrigatoriedade de se ficar dentro dos módulos é vivida como uma experiência geradora de estresse, aversiva, e portanto de vivência cotidiana de sofrimento;
2. os adolescentes demonstram ter maior afinidade com professores do que com monitores (agentes de segurança);
3. é dentro do ambiente de sala de aula que os adolescentes passam mais tempo fora dos quartos, ou seja, os professores são as figuras de referência que eles têm maior possibilidade de se relacionar;

4. a escola é percebida como ambiente socioeducativo privilegiado para a aquisição de conhecimentos e habilidades sociais necessárias para as relações interpessoais.
5. isto tudo, por outro lado, evidencia uma sobrecarga deste contexto posto que os demais profissionais (em especial de saúde mental) estão alijados da construção complexa de uma “ambiente suficientemente acolhedor”, como diria Winnicott.

Ratificamos, assim, a visão de Volpi (1999) sobre a centralidade da escola em relação aos conjuntos das atividades educacionais previstos pelo ECA. Volpi ressalta a importância sobre como o ensino de conhecimentos que ajudem o adolescente a encontrar sua identidade social, colaboram para o regresso, permanência e continuidade dos estudos.

De fato a escola tem grande importância para qualquer criança ou adolescente e em qualquer contexto. Além de ser um direito assegurado pelo Estado, é na escola que são aprendidas as regras sociais, as noções de cidadania, desenvolvidas as diversas facetas da formação da identidade e aprendidas diversas habilidades cognitivas, emocionais e relacionais. Ao encontro desse pensamento, observa-se a visão sistêmica sobre a aprendizagem ao considerar esse processo como vincular, ou seja, trata-se de *“uma relação do sujeito que aprende com o sujeito que ensina e o conteúdo a ser aprendido, tendo uma fonte somática em significações inconscientes e transversalizada pelo desejo”* (Bossa, 2008, p. 142).

Entretanto, é também no contexto escolar que ideologias são disseminadas, que preconceitos e discriminações são fortalecidos. Tendo em vista que a escola é uma instituição que ainda funciona como produtora de exclusão, observa-se atualmente a tentativa de mudança no paradigma educacional, propondo, então, a educação inclusiva. Esse paradigma fundamenta-se na concepção de direitos humanos, que integra igualdade e diferença como valores indissociáveis. Ao reconhecer que há várias dificuldades

enfrentadas nos sistemas de ensino, evidencia-se a necessidade de confrontar as práticas discriminatórias e criar alternativas para superá-las. Assim, a educação inclusiva assume espaço central no debate acerca da sociedade contemporânea e do papel da escola na superação da lógica da exclusão. A partir dos referenciais para a construção de sistemas educacionais inclusivos, a organização de escolas e classes especiais passa a ser repensada, implicando uma mudança estrutural e cultural da escola para que todos os alunos tenham suas especificidades atendidas (Brasil, 2007).

No que tange ao adolescente em sofrimento psíquico, a escola (em condições adequadas) pode ser muito importante para a manutenção do convívio social, funcionalidade e autonomia, tornando-se um grande instrumento psicossocial. Chamam-se de “condições adequadas”, o atendimento aos direitos básicos de higiene e bem-estar, à necessidade de material escolar, à capacitação de professores e à manutenção de um ambiente seguro para a aprendizagem. Entretanto, observa-se que a escola em contexto de privação de liberdade vive um grande paradoxo: apesar de sua importância central no cumprimento da (re)socialização, essa não oferece condições necessárias para propiciar a aprendizagem. Abre-se, portanto, outra janela que se relaciona intimamente com a questão do sofrimento psíquico grave na “adolescência infratora”.

Como oferecer a essas pessoas em sofrimento psíquico uma situação de aprendizagem adequada de modo que não haja o aumento dos índices de evasão escolar em função e após a crise? Vale frisar que, de modo diferente da deficiência mental, as dita “doenças mentais”, como os transtornos psicóticos, não são definidas pelas alterações nos processos de desenvolvimento cognitivo ou de aprendizagem, mas por falhas na estruturação psíquica (Brasil, 2007). Desse modo, sugere-se que o processo de diagnóstico (psicossocial) se faz necessário de modo a não reduzir questões emocionais à deficiência mental ou à doença mental. Deve-se considerar também que, de maneira semelhante ao

estigma do deficiente mental, precisamos enfrentar as barreiras da “doença mental” na escola, na família e na sociedade. A ideia é incluir o sofrimento, o *pathos*, a paixão, que já deveria ser incluído, uma vez que constitui aquilo que é mais essencialmente humano. Assim, o objetivo de promover a reflexão sobre as práticas educacionais deve proporcionar subsídios para a intervenção adequada do professor às necessidades do sujeito em um momento específico, ao invés de servir à manutenção do movimento de exclusão. Em ação complementar a essa, observa-se a necessidade de instrumentalizar os mediadores para que lidem, não somente com o processo de ensino-aprendizagem adequado, mas também com ações que solidifiquem a lógica da inclusão.

Tomar essa atitude, de acordo com Zugueb Neto (2004), é compreender que para superar o modelo manicomial (na escola) *“é necessário analisar o sofrimento psíquico individual como um fenômeno que põe em questão simultaneamente a experiência subjetiva singular e o universo social-histórico em que essa experiência emerge e ganha existência para o próprio sujeito e para os outros. Isto por meio de um vocabulário que nomeia e a torna reconhecível, e de práticas que lhe designam um lugar no conjunto de possibilidades oferecidas a seus membros”* (Basaglia, 1979, em Zugueb Neto, 2004).

Assim, considera-se a educação como instrumento de mobilidade social, ferramenta privilegiada para modificar práticas e ideologias discriminatórias que servem para manutenção do *status quo*. O intuito de oferecer uma educação mais atrativa é proporcionar (re)significações sobre a importância do estudo na vida desses alunos-adolescentes. Não se objetiva, em nenhuma instância, a substituição do espaço psicoterapêutico e psicossocial necessários para dar continência ao sofrimento psíquico grave, mas sim, a partir da visão clínica sobre o *pathos* desses adolescentes, modificar a prática educacional vigente, proporcionando um trabalho consonante com toda a complexidade da realidade da transgressão e da conseqüente privação de liberdade, na

tentativa de se aproximar das diferentes dimensões complexas desse fenômeno.

A partir do entendimento da delinquência enquanto pedido de reparação de privações vividas não somente nos primeiros anos de vida como também de possíveis privações atuais, considera-se que o sofrimento psíquico nos adolescentes em conflito com a lei existe muito antes do cumprimento da medida sócio-educativa de privação de liberdade. Entretanto, para aqueles internos que percebem o contexto da instituição como instável, os sintomas apresentados são entendidos como expressão de sofrimento psíquico, onde a loucura constantemente ameaça o *self* e o comportamento antissocial representa uma faísca de saúde mental. Para esses adolescentes, a terapêutica em privação de liberdade não funciona. E, mais uma vez, a ressalva de Winnicott (1963a), para esses casos, é norteadora:

O perigo nesse caso é que, crescendo numa atmosfera de ditadura, as crianças (leia-se, adolescentes, acréscimo nosso) turbulentas e antissociais tornem-se ditadores, o que pode levar educadores e pedagogos a pensarem que uma atmosfera de rígida disciplina, em que cada minuto da vida da criança é preenchido, é um bom tratamento educacional para crianças normais, o que decididamente não é (p. 285-6).

Se o ambiente de privação de liberdade não é percebido como estável, esse não é, portanto, nem terapêutico nem reparador. Deve-se, assim, buscar entender os fatores ligados a essa percepção, tanto do ambiente interno quanto externo, de modo a extinguir possíveis vivências de maus-tratos e violência. Sugere-se que para esses adolescentes o mínimo é que esses sejam cuidados com alguns elementos da liberdade, mesmo na instituição.

Pode-se pensar que para esses casos, mais do que a presença clara de limites, é necessário que haja espaço que sustente o comportamento delinqüente do adolescente e se adapte às suas necessidades psicossociais. Dessa maneira, o PIA (Plano Individual de

Atendimento) constitui a ferramenta básica, não somente para identificar as questões individuais de cada sujeito como para subsidiar as estratégias de intervenção não somente clínicas, mas psicossociais (dentro e fora da instituição) indispensáveis para cada caso. Desnecessário reafirmar que a psicoterapia tem muito a contribuir para resultados mais eficazes nestes contextos de restrição de liberdade. Porém, não deve ser, em nossa opinião, a psicoterapia clássica, ou “das quatro paredes de um consultório”, mas, e talvez, primordialmente, a “dos quatro limites espaciais da complexidade da vivência” de instituições como esse centro de internação.

Dessa maneira, parece óbvio afirmar que ainda há muito para se dizer a respeito dessa realidade. Entretanto, apesar de ter sido abordada uma pequena parte da questão do sofrimento psíquico dos adolescentes em privação de liberdade, pode-se afirmar que essa pesquisa aponta para a função psicossocial de se reivindicar os direitos fundamentais desses adolescentes.

Curiosamente, após terem sido iniciados os processos de entrevistas com os adolescentes, nove dos trinta e seis adolescentes tiveram sua medicação suspensa. Não se sabe sobre os motivos que levaram a essa decisão, uma vez que não foi possível o contato com a médica psiquiatra; entretanto, pode-se considerar que alguma mudança aconteceu ou se fez necessária.

Por fim, embora tenhamos privilegiado os adolescentes neste estudo exploratório, sugere-se que os profissionais da instituição também sejam sistematicamente escutados, permitindo, dessa maneira, novas articulações sobre o conhecimento e o agir na instituição. Se nos detivermos tão somente à dimensão (psico)educacional, sugere-se iniciar uma pesquisa ouvindo o professor, pois, baseando-se nas percepções dos internos, considera-se que, até o momento, eles constituem a melhor ferramenta disponível na instituição.

Recomenda-se que se verifiquem quais são as percepções desses profissionais - os

professores - sobre os internos e sobre seu próprio papel ativo na instituição, sua disponibilidade afetiva, bem como identificar as principais ideologias referentes ao processo de aprendizagem, do sofrimento à delinquência, de maneira que a máquina institucional seja utilizada terapêuticamente em toda a sua potência(lidade).

Acredita-se que o trabalho do educador deve se aliar ao do clínico, especialmente para complexificar a leitura da dimensão ética desta realidade. Ambos devem respeitar o ritmo, o modo de ser e a singularidade do sujeito. Por prática ética entende-se, minimamente, o trabalho que oferece condições para que um ser humano desenvolva seu potencial ativo e criativo na sua máxima possibilidade, do qual faz parte a disponibilidade para o desenvolvimento e para a aprendizagem (Parente, 2003, em Parente, 2006).

Acredita-se que a análise do discurso desses profissionais contribuirá de modo significativo para uma compreensão mais ampla sobre esse tema, sendo possível a tomada de novos questionamentos e novas construções de hipóteses.

Por fim, para que não se perca a noção de complexidade proposta por Morin (1996), a despeito das limitações deste estudo exploratório, se faz necessário repensar o modelo de atendimento, ou mais que isto, de consideração, do chamado “adolescente infrator”, em geral, e o “em sofrimento psíquico grave”, em particular, no sentido de que todos os atores deste contexto (adolescentes, famílias, profissionais de saúde, sociais, do direito e das ciências humanas, gestores, políticos, agentes de controle de comportamento - o que inclui a polícia em geral e os agentes internos da instituição) se envolvam num debate, num compromisso e numa atuação de fato modificadora de tal realidade.

Nossa adolescência, seja como ela for conceituada, merece isto! Por serem, de outros modos, nossos filhos, nossos irmãos, nossos parentes ou nossa (atual e futura) juventude.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1988). *Adolescência Normal*, 7a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Abramovay, M.; Waiselfisz, J. J.; Andrade, C. C. & Rua, M. D. (2004). *Guanges, Galeras, Chegados e Rappers: Juventude, Violência e Cidadania nas Cidades da Periferia de Brasília*, 3a. ed. Rio de Janeiro: Garamond.
- Amaral, L. (2006). *Instituições de Internação para Adolescentes em Conflito com a Lei: A inserção dos Amigonianos em Brasília*. Dissertação de Mestrado: Universidade de Brasília.
- Araújo, S. (2006). *Pai, Aproxima de Mim esse Cálice: Significações de Juízes e Promotores sobre a Função Paterna no Contexto da Justiça*. Tese de Doutorado: Universidade de Brasília.
- Ballone, G. (2003). *Psicose na Adolescência*. Disponível em PsiquWeb: <http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adolesc4.html>. Acessado em 28/08/2008.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. Portugal: Edição 70.
- Bauman, Z. (2005). *Identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zagar.
- Bauman, Z. (2007). *Vida Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zagar.
- Blay, E. (2007). Adolescência: uma questão de classe social e gênero. In: L. Levisky, *Adolescência e Violência*, 3a. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bossa, A. (2008). *A Psicopedagogia no Brasil - Contribuições a partir da prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Brasil. (2007). Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*. Brasília:

MEC/SEESP.

Calligaris, C. (2000). *A Adolescência*. São Paulo: Pubifolhas.

Cohen, C. (2006). O profissional de Saúde Mental no Tribunal. In: Cohen, C. e Cols. *Saúde Mental, Crime e Justiça*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Costa, I. I. (2003). *Da Fala ao Sofrimento Psíquico Grave*. Brasília: Abrafipp/Positiva Ltda.

Costa, I. (2006). Adolescência e Primeira Crise Psicótica: Problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave. *Anais da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental*. Disponível em www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/4.69.3.1.htm. Acesado em 28/08/2009.

Costa, I. I. (2007). Família e psicose: uma proposta de intervenção precoce nas primeiras crises de sofrimento psíquico grave. In: Féres-Carneiro, T. *Família e Casal: Saúde, Trabalho e Modos de Vinculação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 381-387.

Esposito, B. P. & Savoia, M. G. (2006). Atendimento especializado a adolescentes portadores de transtornos psiquiátricos: um estudo descritivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 8(1), 31-40.

Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). Subsecretaria de Edições Técnicas. Brasília: Senado Federal.

Ferraz, F. (2006). A abordagem Psicanalítica das Tendências Antissociais. In: Cohen, C. e cols. *Saúde Mental, Crime e Justiça*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Ferreira, A. (2009). O adolescente, o analista e o grupo. In: Ferreira, A. M.. *A presença de*

- Winnicott no viver criativo: *Diversidade e Interlocução*. São Paulo: Editora ZY.
- Franco, M. (2003). *Análise de Conteúdo*. Brasília: Editora Plano.
- Freud, A. (1976). La Adolescencia. In: *Psicoanálisis del Desarrollo del Niño y del Adolescente*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1969). *Totem e Tabu*, Vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago.
- Gatti, B. (2005). *As leis do cárcere: os internos do Centro de Atendimento Juvenil Especializado CAJE*. Dissertação de Mestrado: Universidade de Brasília.
- Gunther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2(22), 201-210.
- Knobel, M. (2007). Normalidade, Responsabilidade e Psicopatologia da Violência na Adolescência. In: Levisky, L. *Adolescência e Violência: Consequências da Realidade Brasileira*, 3a. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Laplanche, J., & Pontalis, I. (2000). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lauridsen, E. & Tanaka, O. (1999). Morbidade referida e busca de ajuda nos transtornos mentais na infância e adolescência. *Rev. Saúde Pública*, 33(6): 586–592.
- Levisky, D. L. (2001). *Adolescência: Reflexões Psicanalíticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Levisky, D. L. (2007). *Adolescência e Violência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Macedo, M. (1999). O adolescente Infrator: A difícil conquista da Liberdade. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília.
- Martins, F. (1994). O que é Pathos? In: F. Martins, *Psicopatologia I - Fundamentos* (pp. 2-17). Brasília: UnB.
- Matheus, T. C. (2007). *Adolescência: Clínica Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Miermont, J. & cols. (1994). *Dicionário de Terapias Familiares: Teoria e Prática*. Porto

Alegre: Artes Médicas.

- Minayo, M. C. (2008). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde* (11a. ed.). São Paulo: Hucitec.
- Morin, E. (1996). Epistemologia da Complexidade. In: D. F. Schnitman, *Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade* (pp. 274-286). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Neto, O. F. (2009). A terminologia psicanalítica em Winnicott. In: Ferreira, A. M. A *Presença de Winnicott no Viver Criativo: Diversidade e Interlocução*. São Paulo: Editora ZY.
- Netto, T. (2008). *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos de Adolescentes Privados de Liberdade: A experiência do CAJE-DF*. Dissertação de Mestrado: Universidade de Brasília.
- Osório, L. C. (1989). *Adolescente Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Outeiral, J. (2003). *Adolescer: Estudos Revisados sobre Adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Outeiral, J. (2007). Tendência Antissocial e Patologia do Espaço Transicional. In: Levisky, L. *Adolescência e Violência: Consequências da Realidade Brasileira*, 3a. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Outeiral, J. O., & Araújo, S. M. (2001). Winnicott e a adolescência. In: Levisky, L. *Winnicott: Seminários Paulistas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Parente, S. Ética e estética na clínica da aprendizagem. *Revista Construção Psicopedagógica*, 14(11): Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-9542006000100007&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 28/08/2009.
- Passos, E. & Barros, R. (2000). A construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (1): 71-29.

- Penso, M. A. (2003). *Dinâmicas Familiares e Construções Identitárias de Adolescentes Envolvidos em Atos Infracionais e com Drogas*. Tese de Doutorado: Universidade de Brasília.
- Pinho, S. e cols. (2006). Morbidade psiquiátrica entre adolescentes em conflito com a lei. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(2): 126-130.
- Prazeres, P & Oliveira, R. (s/ d). Saúde Mental – Justiça: Construindo uma Interlocação. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/prisma/images//saudemental.pdf>
Acessado em: 28/08/2009.
- Saes, D. S. & Tardivo, L. S. (2009). Privação e Delinquência: um olhar atual. In: Ferreira, A. M. *A presença de Winnicott no Viver Criativo: Diversidade e Interlocação*. São Paulo: Editora ZY.
- Safra, G. (2009). Introdução: alguns princípios fundamentais subjacentes à clínica winnicottiana. In: Ferreira, A. M.; Ferreira, I. B.; Maaz, M. H. & Tschirner, S. *A presença de Winnicott no vive criativo: Diversidade e Interlocação*. São Paulo: Editora ZY.
- Sales, M. (2007). *(In)visibilidade Perversa: Adolescentes Infratores como Metáfora da Violência*. São Paulo: Cortez.
- Sgreccia, E. (2004). *Manual de Bioética: II - Aspectos Médico-sociais*. São Paulo: Loyola.
- Silveira, P. G. & Wagner, A. (2006). Nincho cheio: a permanência do adulto jovem em sua família de origem. *Revista Estudos de Psicologia*, 23(4), 441-453.
- Soares, E. (2002). O ato infracional à luz do Estatuto da Criança e do Adolescente e o Poder Judiciário – Lei no. 8069/90. In: Levisky. D. *Adolescência e Violência: Ações Comunitárias na Prevenção “Conhecendo, Articulando, Integrando e Multiplicando”*. São: Paulo; Casa do Psicólogo.
- Traviesco, P. (2006). A psicologia nas Varas da Infância e da Juventude: Repensando os

- conceitos de Família e Abrigo. In: Cohen, C.e cols. *Saúde Mental, Crime e Justiça*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Vaisberg, T. & Ambrosio, F. (2009). Jardins, Varandas e Quintais: Integração, Não-Integração e Transicionalidade. In: Ferreira, A. M. *A presença de Winnicott no viver criativo: Diversidade e Interlocução*. São Paulo: Editora ZY.
- Violante, M. (2007). A Perversidade da Exclusão Social. In: Levisky, L. *Adolescência e Violência: Consequências da Realidade Brasileira*, 3a. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Volpi, M. (1999). *O Adolescente e o Ato Infracional*. São Paulo: Cortez.
- Winnicott, D. W. (1939). Agressão e suas raízes. In: 2005. *Privação e Delinquência*, 4a. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: *Textos Seleccionados: da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- _____. (1946). Alguns aspectos psicológicos da delinquência juvenil. In: 2005. *Privação e Delinquência*. 4a. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (1950a). Agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional. In: *Textos Seleccionados: da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- _____. (1950b). A criança despossada e como pode ser compensada pela falta de vida familiar. In: 2005. *Privação e Delinquência*, 4a. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (1954). A Posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In: *Textos Seleccionados: da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- _____. (1956). A tendência anti-scoial. In: *Textos Seleccionados: da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

- _____. (1960). Agressão, culpa e reparação. In: 2005. *Privação e Delinquência*, 4a. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (1961a). Comentários sobre Report of the Committee on Punishment in Prisons and Borstals. In: 2005. *Privação e Delinquência*, 4a. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (1961b). Tipos de Psicoterapia. In: 2005, *Tudo começa em casa*, 4a. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (1963a). A psicoterapia dos distúrbios de caráter. In: 2005. *Privação e Delinquência*, 4a. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (1963b). O desenvolvimento da capacidade de envolvimento. In: 2005, *Privação e Delinquência*, 4a. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (1963c). A luta para superar depressões. In: 2005, *Privação e Delinquência*, 4a. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (1965). Dissociação revelada em uma consulta terapêutica. In: 2005. *Privação e Delinquência*, 4a. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (1966). A ausência de um sentimento de culpa. In: 2005. *Privação e Delinquência*, 4a. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (1967). A delinquência como sinal de esperança. In: 2005. *Tudo começa em casa*, 4a. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (1968). A imaturidade do adolescente. In: 2005. *Tudo começa em casa*, 4a. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (1970). A cura. In: 2005. *Tudo começa em casa*, 4a. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (1975). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Zugueib Neto, J. (2004). Alternativas para o tratamento em saúde mental. Estratégias

psicopedagógicas no atendimento a jovens portadores de distúrbios emocionais severos. *Educar em Revista*, 140(1): 105-124.

Zuim, C. (2005). *O olhar do Pai sobre o Filho Adolescente em Conflito com a Lei: Paternidade e Experienciada*. Dissertação de Mestrado: Universidade de Brasília.

ANEXOS

ANEXO I: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



Universidade de Brasília
Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas – CEP/IH

ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Título do Projeto: Intervenção Psicopedagógica com adolescentes em primeira crise do tipo psicótica

Pesquisador Responsável: Carolina Moreira de Alcantara

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos, resolveu **APROVAR** o projeto intitulado “Intervenção Psicopedagógica com adolescentes em primeira crise do tipo psicótica”, analisado na Reunião Ordinária de 27 de março de 2009.

O pesquisador responsável fica notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 27 de março de 2009.

Prof. Dra. Debora Diniz
Coordenadora do CEP/IH

ANEXO II: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONVITE

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa em Psicologia, que será realizados por mim, Carolina Moreira de Alcântara aqui nesta instituição.

A pesquisa que você está participando tem como objetivo principal saber o que você sente aqui dentro do centro, como anda a sua saúde e o que você acha da escola aqui.

A entrevista toda vai durar em torno de 30 minutos.

Ninguém irá saber quem falou e sobre o que falou na entrevista, porque não colocarei o seu nome, somente a sua inicial ou qualquer nome inventado que você escolher.

Por isso, fique à vontade para falar o que você estiver sentindo de verdade, tudo ficará em sigilo. Em nenhum momento você será identificado.

Essa pesquisa não vai afetar em nada em sua medida sócio-educativa, porque eu não sou funcionária do centro de internação.

Eu usarei um gravador de áudio para registrar aquilo que eu não conseguir escrever, mas não se preocupe, tudo será apagado depois da pesquisa. O que falarmos aqui só será usado para essa pesquisa.

Aqui nada será usado contra você! Você pode interromper a entrevista quando quiser e pedir o esclarecimento que desejar!

Você não está sendo obrigado a participar dessa pesquisa! Você participa se você quiser! Então se você não quiser participar fale agora. E o fato de não participar não quer dizer que você vai sofrer qualquer sanção. Você é livre para decidir participar ou não!

Mas, se você quiser participar, peço que você preencha a ficha para que eu possa ter a certeza que você entendeu tudo o que foi dito e não ficou com nenhuma dúvida.

Você tem abaixo os telefones necessários para o que precisar e ficará com uma cópia deste consentimento.

Muito obrigada pela sua participação!

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
_____, declaro que fui informado e compreendi todas as informações acima descritas, referentes à minha participação nessa pesquisa e dou meu consentimento.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Comitê de ética em Pesquisa – CEP/IH: Campus Universitário Darcy Ribeiro, ICC - Centro mezanino, Departamento de Serviço Social, Sala B1 432 - Brasília, DF
Telefones: (61) 3340-2290 - Fax : (61) 3274-5362 - Ramais: 3307- 2760 / 2761 / 2370
Prof. Ileno Costa (Orientador): (61) 9981.3287
Carolina Moreira de Alcântara (Pesquisadora responsável): (61) 91176551
Departamento de Psicologia Clínica da UnB: 3307.2625 – Ramal 315

ANEXO III: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONVITE AOS PROFESSORES

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa em Psicologia, que será realizados por mim, Carolina Moreira de Alcântara aqui nesta instituição.

A pesquisa que você está participando tem como objetivo principal saber o que você sente aqui enquanto professor dentro deste centro de internação, como anda a sua saúde e o que você acha do seu trabalho.

A entrevista toda vai durar em torno de 30 minutos.

Ninguém irá saber quem falou e sobre o que falou na entrevista, porque não colocarei o seu nome, somente a sua inicial ou qualquer nome inventado que você escolher.

Por isso, fique à vontade para falar o que você estiver sentindo de verdade, tudo ficará em sigilo. Em nenhum momento você será identificado.

Essa pesquisa não vai afetar em nada a sua função, porque eu não sou funcionária desta instituição.

Eu usarei um gravador de áudio para registrar aquilo que eu não conseguir escrever, mas não se preocupe, tudo será apagado depois da pesquisa. O que falarmos aqui só será usado para essa pesquisa.

Professor, você pode interromper a entrevista quando quiser e pedir o esclarecimento que desejar!

Vale ressaltar que você participa se quiser. Então se você decidir não participar fale agora. E o fato de não participar não quer dizer que você vai sofrer qualquer prejuízo. Você é livre para decidir participar ou não!

Mas, se você quiser participar, peço que você preencha a ficha para que eu possa ter a certeza que você entendeu tudo o que foi dito e não ficou com nenhuma dúvida.

Você tem abaixo os telefones necessários para o que precisar e ficará com uma cópia deste consentimento.

Muito obrigada pela sua participação!

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro que fui informado e compreendi todas as informações acima descritas, referentes à minha participação nessa pesquisa e dou meu consentimento.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Comitê de ética em Pesquisa – CEP/IH: Campus Universitário Darcy Ribeiro, ICC - Centro mezanino, Departamento de Serviço Social, Sala B1 432 - Brasília, DF
Telefones: (61) 3340-2290 - Fax : (61) 3274-5362 - Ramais: 3307- 2760 / 2761 / 2370
Carolina Moreira de Alcântara (Pesquisadora responsável): (61) 91176551
Prof. Ileno Costa (Orientador): (61) 9981.3287
Departamento de Psicologia Clínica da UnB: 3307.2625 – Ramal 315

ANEXO IV: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONVITE AOS PROFISSIONAIS, GESTORES E/OU DIRETORES

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa em Psicologia, que será realizados por mim, Carolina Moreira de Alcântara aqui nesta instituição como parte de meu mestrado na UnB.

Esta pesquisa tem como objetivo principal caracterizar a situação dos adolescentes em privação de liberdade que tem sofrimento psíquico grave (transtornos psiquiátricos) dentro deste centro de internação.

Você ou os adolescentes não serão identificados(as) em qualquer situação da pesquisa ou mesmo da análise dos dados. Portanto, garantimos sigilo, confidencialidade e privacidade. A identificação em siglas é apenas para que possamos organizar a etapa prévia de análise de dados. Em nenhuma hipótese tais informações serão utilizadas. Por isso, fique à vontade para falar o que você estiver sentindo ou pensando livremente.

Eu usarei um gravador de áudio para registrar aquilo que eu não conseguir escrever, mas não se preocupe, tudo será apagado depois da pesquisa. O que falarmos aqui só será usado para essa pesquisa.

Você pode interromper a entrevista quando quiser e pedir o esclarecimento que desejar. Vale ressaltar que você participa se quiser. Então se você decidir não participar não há qualquer problema ou dificuldade. E o fato de não participar não quer dizer que você vai sofrer qualquer prejuízo. Você é livre para decidir participar ou não!

Mas, se você quiser participar, peço que você preencha esta ficha para que eu possa ter a certeza que você entendeu tudo o que foi dito e não ficou com nenhuma dúvida.

Você tem abaixo os telefones necessários para o que precisar e ficará com uma cópia deste consentimento.

Esclareço que esta pesquisa foi devidamente avaliada em Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UnB e tem o aval desta Instituição.

Muito obrigada pela sua participação!

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
_____, declaro que fui informado e compreendi todas as informações acima descritas, referentes à minha participação nessa pesquisa e dou meu consentimento.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Comitê de ética em Pesquisa – CEP/IH: Campus Universitário Darcy Ribeiro, ICC - Centro mezanino, Departamento de Serviço Social, Sala B1 432 - Brasília, DF
Telefones: (61) 3340-2290 - Fax : (61) 3274-5362 - Ramais: 3307- 2760 / 2761 / 2370
Carolina Moreira de Alcântara (Pesquisadora responsável): (61) 91176551
Prof. Dr. Ileno Costa (Orientador): (61) 9981.3287 – ileno@unb.br
Departamento de Psicologia Clínica da UnB: 3307.2625 – Ramal 315

ANEXO V: ENTREVISTA COM O ADOLESCENTE

Inicial do nome ou nome fictício: _____

1. É a primeira vez que está internado?

sim não

2. Com quantos anos você veio para esse centro de internação na sua primeira internação? _____

3. Por que você veio para essa instituição?

4. No período que você cometeu a infração, você estava frequentando a escola?

sim não

5. Por que você parou de ir à escola?

não gostava ou não gosta da escola

tinha que trabalhar

achava ou acha que a escola não pode te dar um futuro melhor

não conseguiu vaga na escola

preferia ou prefere ficar na rua com os amigos

a escola era muito longe de casa

não tinha amigos na escola

não gostava dos professores

havia richa na escola

repetiu série

outros motivos: _____

6. Com quem você morava antes de vir para essa instituição?

7. Você tinha amigos no lugar que você morava?

sim não

8. Seus amigos ou conhecidos eram:

da escola da rua do trabalho outros:

9. Quando você se reunia com essas pessoas o que vocês faziam com mais frequência?

10. Algum dos seus amigos ou conhecidos já foi interno desse centro ou de outra instituição de recuperação?

sim não

11. Como é o seu relacionamento com os outros internos?

excelente bom regular ruim péssimo indiferente

12. Você se sente seguro na sua ala?

sim não

13. Do que você tem medo?

14. Você passa ou passou por algum tipo de risco ou ameaça na sua ala?

sim não

15. Você recebe visitas?

sim não

16. Quais são as pessoas que vêm te visitar com mais frequência?

17. Como você se sente hoje aqui nessa instituição?

18. Como você acha que está sua saúde?

excelente boa regular ruim péssima

19. Você fez uso ou ainda faz uso de alguma dessas substâncias? Qual foi a última vez?

álcool cigarro maconha crack cocaína outra: _____

hoje ontem nessa semana semana passada nesse mês mês passado

20. Você faz uso de algum remédio controlado (que toma todo dia)?

sim não

21. Que motivos levaram você a começar a tomar essa medicação?

22. Você sentiu alguma diferença quando começou tomar esses remédios?

sim não

23. Como você sente tomando esses remédios?

24. Em que essa medicação te ajuda? A medicação te atrapalha em alguma coisa?

25. Você sofre de algum tipo de preconceito ou discriminação por tomar esse remédio? Por parte de quem?

sim não

outros internos monitores professores

família amigos ou conhecidos fora do Centro agentes de segurança

() outros: _____

26. O que você gostaria de mudar na sua vida? Quais são suas expectativas assim que você sair daqui?

27. Como você se sente na escola?

28. Quando você está na escola, você percebe que está aprendendo alguma coisa?

() sim () não Por quê?

29. Quando você se compara com seus colegas de sala, você percebe que:

() aprende mais do que eles () aprende menos () está igual a eles

30. Que coisas que você está aprendendo na escola que vão te ajudar a mudar a sua vida?

31. Você gostaria de mudar alguma coisa na escola, na sala de aula, nos professores?

() sim () não

32. O que você mudaria? Como você gostaria que fosse?

ANEXO VI: ENTREVISTA COM OS PROFESSORES

ASPECTOS GERAIS

Nome (Sigla): _____ Idade: _____ Sexo: () Fem () Masc

Formação: _____

Você tem alguma formação especializada? _____

Há quanto tempo atua na área de educação? _____

Você é responsável por que disciplinas? _____

Há quanto tempo atua no contexto de privação de liberdade? _____

Que fatores influenciaram para sua lotação aqui nesta instituição?

SOBRE APRENDIZAVEM

O que significa aprender para você?

Como você avalia que seu aluno está aprendendo?

Como você percebe quando o aluno não está aprendendo?

Quais são as estratégias que você utiliza para ajudar o aluno quando esse não está motivado a aprender ou não está aprendendo?

Você se acha competente (tem as habilidades necessárias) para atuar no contexto de privação de liberdade? () sim () não. Por que: _____

Como você avalia a sua importância na vida de seus alunos em privação de liberdade?

ATUAÇÃO NO CENTRO DE INTERNAÇÃO

Como você se sente atuando no contexto de privação de liberdade?

Já sofreu algum problema de saúde (física ou emocional) relacionado ao atual ambiente de trabalho?

Qual? _____

O que motiva você a permanecer trabalhando aqui?

O que você mudaria na sua atuação profissional para atender as necessidades educacionais dos seus alunos em privação de liberdade?

ALUNOS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

Você identifica/sabe quais são os alunos com sofrimento psíquico grave (transtornos psiquiátricos)?

() Sim () Não. Como? _____

Qual a sua compreensão sobre estes alunos? _____

Você utiliza alguma estratégia específica (pessoal, pedagógica, relacional, institucional) para lidar com estes alunos particularmente? Quais? Por quê? _____

O que você recomendaria para estes casos? _____

Como você acha que a instituição deveria lidar com estes casos?

Você tem dificuldades em lidar com estes casos? Quais? _____

O que você julga que precisaria para lidar melhor/diferente/com mais eficiência com estes casos?

Gostaria de acrescentar algum comentário livre/adicional sobre estes adolescentes?

ANEXO VII: ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS PSICOSSOCIAIS

ASPECTOS GERAIS

Nome (Sigla): _____ Idade: _____ Sexo: () Fem () Masc

Formação: _____

Você tem alguma formação especializada? _____

Há quanto tempo atua na área? _____

Há quanto tempo atua no contexto de privação de liberdade? _____

Que fatores influenciaram para sua lotação aqui nesta instituição?

SOBRE ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Você é responsável por que atividades profissionais? _____

Quais são as maiores dificuldades para sua atuação profissional no contexto deste centro de internação?

Como você se sente atuando no contexto de privação de liberdade?

Já sofreu algum problema de saúde (física ou emocional) relacionado ao atual ambiente de trabalho?

Qual? _____

O que motiva você a permanecer trabalhando aqui?

O que você mudaria na sua atuação profissional para atender as necessidades educacionais dos adolescentes em privação de liberdade?

ALUNOS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

Você identifica/sabe quais são os adolescentes com sofrimento psíquico grave (transtornos psiquiátricos)?

() Sim () Não. Como? _____

Qual a sua compreensão sobre estes adolescentes? _____

Você utiliza alguma estratégia específica (pessoal, profissional, relacional, institucional) para lidar com estes adolescentes particularmente? Quais? Por quê? _____

O que você recomendaria para estes adolescentes? _____

Como você acha que a instituição deveria lidar com estes adolescentes? _____

Você tem dificuldades em lidar com estes adolescentes? Quais? _____

O que você julga que precisaria para lidar melhor/diferente/com mais eficiência com estes adolescentes

Quais seriam em sua opinião as melhores forma de lidar com tais adolescentes? _____

Gostaria de acrescentar algum comentário livre/adicional sobre estes adolescentes?

ANEXO VIII: ENTREVISTA COM A DIREÇÃO (DIRETORES OU GESTORES)

ASPECTOS GERAIS

Nome (Sigla): _____ Idade: _____ Sexo: () Fem () Masc

Cargo: _____ Formação: _____

Você tem alguma formação especializada? _____

Há quanto tempo atua na área? _____

Há quanto tempo atua no contexto de privação de liberdade? _____

Que fatores influenciaram para sua lotação aqui nesta instituição?

ALUNOS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

Você identifica/sabe quais são os adolescentes com sofrimento psíquico grave (transtornos psiquiátricos)?

() Sim () Não. Como? _____

Qual a sua compreensão sobre estes adolescentes? _____

Você utiliza alguma estratégia específica (pessoal, profissional, relacional, institucional) para lidar com estes adolescentes particularmente? Quais? Por quê? _____

Você tem dificuldades em lidar com estes adolescentes? Quais? _____

O que você recomendaria para estes adolescentes? _____

Como você acha que a instituição deveria lidar com estes adolescentes? _____

O que você julga que precisaria para lidar melhor/diferente/com mais eficiência com estes adolescentes

Quais seriam em sua opinião as melhores formas de lidar com tais adolescentes?

Na condição de gestor/diretor, o que você recomendaria para aperfeiçoar a atuação com tais adolescentes nesta instituição? _____

Gostaria de acrescentar algum comentário livre/adicional sobre estes adolescentes?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)