

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Julia Hatakeyama Joia

**As tóxicas tramas da abstinência:
compulsoriedades nas internações psiquiátricas de crianças
e adolescentes em situação de vulnerabilidade social**

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

SÃO PAULO

2014

Julia Hatakeyama Joia

**As tóxicas tramas da abstinência:
compulsoriedades nas internações psiquiátricas de crianças
e adolescentes em situação de vulnerabilidade social**

**Dissertação apresentada à Banca Examinadora da
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP),
como exigência parcial para obtenção do título de
Mestre em Psicologia Social, sob a orientação da
Professora Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin**

São Paulo

2014

Banca Examinadora

Resumo

JOIA, Julia Hatakeyama. *As tóxicas tramas da abstinência: compulsoriedades nas internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), 2014. 147 p.

A presente pesquisa localiza-se na interface dos campos da saúde mental, dos direitos da infância e juventude e do sistema de justiça. Investigaram-se as internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, em um serviço especializado no tratamento de “dependentes químicos”. Em um primeiro momento, contextualizam-se as ações do poder público para pessoas em situação de rua no centro de São Paulo, no período 2012-2013, dando especial destaque à Operação Sufoco, à implantação de um anexo judiciário no CRATOD (Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas) e à imposição do atendimento de “dependentes químicos” no CAISM (Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental) Philippe Pinel. O segundo momento é reservado à análise das internações psiquiátricas de um serviço especializado, criado para atender, inicialmente, a população de rua - SAID (Serviço de Atenção Integral ao Dependente), depois chamado UNAD (Unidade de Atendimento ao Dependente). Para isso, foi realizada consulta a censos institucionais no serviço e a dados de prontuários, a fim de evidenciar as trajetórias institucionais dos usuários. Traça-se um perfil das internações, destacando fluxos e características dos usuários, e identificam-se as principais compulsoriedades nas relações da rede de saúde com o Poder Judiciário. Posteriormente, problematizam-se os circuitos acionados pela internação psiquiátrica, em que funções asilares e punitivas aparecem muitas vezes sobrepondo-se à função terapêutica, à articulação de redes territoriais de cuidados e à busca de diminuição das vulnerabilidades das crianças e adolescentes. Ainda que a Reforma Psiquiátrica tenha a desinstitucionalização como norteadora das políticas de saúde mental, fundamentada na desvinculação entre loucura, periculosidade e segregação, e na perspectiva da garantia dos direitos aos usuários, identificam-se também retrocessos. O campo da infância e juventude apresenta uma tendência crescente à psiquiatrização dos conflitos sociais, que evidenciam a renovação de estratégias de “gestão da periculosidade”. A temática do consumo de drogas, reduzida ao diagnóstico “dependência química”, vem sendo, atualmente, um importante vetor que aciona a internação psiquiátrica, em especial nas suas compulsoriedades, reafirmando circuitos asilares e tutelares.

Palavras-chave

SAÚDE MENTAL; INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA; INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA; CRIANÇA E ADOLESCENTE; SITUAÇÃO DE RUA; DROGAS

Abstract

JOIA, Julia Hatakeyama. The toxic plot of abstinence: compulsory psychiatry internment of children and adolescents in situation of social vulnerability. Dissertation (Master of Social Psychology), Pontifical Catholic University of Sao Paulo (PUC-SP), 2014. 147 p.

The following research is based on the relations between the fields of mental health, rights of children and adolescents, and the judicial system. Throughout this work psychiatry internment of children and adolescents in situation of vulnerability were examined, particularly those who attend the specialized services on treatment of “people who use drugs”. At first, the study contextualizes governmental measures aimed at people in street situation in the center of Sao Paulo during the period of 2012-2013, by highlighting the “Sufoco” operation, the implementation of a judicial addendum at the CRATOD (Reference Center for Alcohol, Tabaco, and other drugs) and the enforcement of the services to “drug addicts” at the CAISM (Center of Integrated Support for Mental Health) Philippe Pinel. Secondly, the study seeks to analyze the psychiatry internment of a specialized service, which was created to attend initially people who live on the streets - SAID (Service of Integral Support to Addicts), later referred to as UNAD (Unit of Services to Addicts). In order to do so, a consultation was carried out among the institutional services and data of the clinic prompt-books, which sought to evidence the institutional path of the service users. The patterns of internment were identified, underscoring the flux and characteristics of the users, as well as identifying the major situations of compulsory internment which occur under the health and the judiciary systems. The study follows with the problematization of the systems put in action by the psychiatry internment, which is characterized by isolation and punitive functions, many times going beyond its therapeutical function, which should instead build up care networks and methods to reduce vulnerabilities of children and adolescents. Even if the psychiatric reform had the non-institucionalization as a motto of its mental health policy, which was based on the disconnection between unsound mind, dangerousness, and segregation, under the perspective of guaranteeing the rights of users, some step backs were identified. In the fields of childhood and youth it has been present a trend of psyquiatrization of social conflicts, which evidence the renewal of strategies of “dangerousness policy”. The thematic of drug consumption, reduced to the diagnosis of “chemical dependency” has been lately an important factor that drives the psyquiatric internment, particularly compulsory ones, reaffirming the systems of isolation and tutorship.

Key Words

MENTAL HEATH; PSYCHIATRY INTERNMENT; COMPULSORY PSYCHIATRY INTERNMENT, CHILDREN AND ADOLESCENTS; SOCIAL VULNERABILITY; DRUGS.

Dedico esse trabalho à minha mãe,
Chica Hatakeyama Guimarães, *in memoriam*.

E aos meninos e meninas com quem tive a oportunidade
de conviver e com quem aprendi tanto na rua:

Emerson Luh, Renan Dentinho,
Douglas, Luana, Paulo C., Faísca ...

Agradecimentos

Ao meu pai, Orlando, por estar sempre ao meu lado. E pela revisão do trabalho.

Aos colegas do Nuplic, que intervíram de diversas formas ao longo desse processo, sempre acolhedores e instigadores: Renata, Sérgio, Paula, Nádia, Flávia, Dayse, Rodrigo, Geisa, Bia, Sander. Ao Robert e Ricardo Mélo, pela alegria. À professora Miriam Debieux Rosa, pelas valiosas experiências *internúcleos*.

Em especial, à Alyne Alvarez, pelas intensidades e experimentos triestinos, *grazie mille!*, e ao Adriano Oliveira, por acompanhar caminhos e indagações da pesquisa.

Aos companheiros de trabalho no Projeto Quixote, em especial a Teresa Leopoldo e Isabela Mendez, por compartilharem as intensidades das ruas e dos encontros com os *meninos e meninas*! A Raphael Borba e Artur Mucci, pelas conversas sobre as atualidades dos fluxos da rua.

A Gabriela Gramkow, Fernanda Lavarello e Daniel Adolpho e à querida Adriana Borghi, pelo aprendizado e parcerias nas interfaces entre saúde mental e justiça. Agradeço também ao Flávio Frassetto e à Fabiana Zapata, pela disponibilidade para troca de ideias e esclarecimentos.

A Jorge Broide e Flavia Lemos, pelas ricas apreciações do trabalho.

Aos queridos amigos-família Frederico Ventura, Daniel Pierri, Lucas Keese, Marília Zylbersztajn, Beatriz Adura, Gabriela Urbano e Raquel Pires, pela imensa alegria de tê-los em minha vida, sempre! À Ana Ferri, pela colorida presença ao longo dos anos. A Guilherme e Licia, pelas divertidas discussões sobre pesquisa e a Catarina e Dario, parceiros recém-descobertos. Ao Dennis van Wanrooij, obrigada pela contribuição de última hora no trabalho! Ao Daniel Tupinambá, pelas provocativas e potentes conversas, e pelo carinho.

A Kena Chaves e Felipe Guimarães, pela musical e instigante amizade. Ao Eduardo Chatagnier, pela poesia e pela serenidade em me acompanhar na (im)paciência com o brincar das palavras.

Aos amigos Jera, Marcos Tupã e Wera Alexandre, pela doce presença e por ensinarem a brava resistência do povo guarani, em sua delicadeza e força: *Ha'evete!*

Aos amigos-colegas do Coletivo Itinerante, incluindo-se a imprescindível colaboração de Maurício Porto, pelas criativas caminhadas e pela aposta nas itinerâncias clínicas pela cidade.

Às tias Nana e Miwa, e aos primos João e Ana Paula, pelo carinho.

À Ana Clara, pelos longos anos de caminhada.

Especialmente, à professora Maria Cristina Gonçalves Vicentin, pela atenciosa e cuidadosa orientação, e pela inspiradora presença na minha formação e percurso, desde a graduação, em seu libertário e vigoroso *pensar-fazer* nas áreas da infância e da saúde mental.

Ao CNPq, pelo apoio na realização desta pesquisa.

Abreviaturas

ACP — Ação Civil Pública
AMA — Assistência Médica Ambulatorial
AME — Ambulatório Médico de Especialidades
ASO — Accertamento Sanitario Obbligatorio
BO — Boletim de Ocorrência
CAISM — Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental
CAPS — Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD — Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS IJ — Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CAPSi — Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CEDECA — Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente
CFP — Conselho Federal de Psicologia
CID — Código Internacional de Doenças
CRAS — Centro de Referência da Assistência Social
CRATOD — Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas
CREAS — Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CRECAs — Centros de Referência da Criança e Adolescente
DEIJ — Departamento de Execuções da Infância e Juventude
Fundação CASA – Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente
GCM — Guarda Civil Metropolitana
LA — Liberdade Assistida
MP — Ministério Público
NASF — Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIA — Núcleo de Enfermagem da Infância e Adolescência
OAB — Ordem dos Advogados do Brasil
PM — Polícia Militar do Estado de São Paulo
PSF — Programa Saúde da Família
SAID — Serviço de Atenção Integral ao Dependente
SINASE — Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SMADS — Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (São Paulo)
SPDM — Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SUAS — Sistema Único de Assistência Social
TJSP — Tribunal de Justiça de São Paulo
TSO – Tratamento Sanitário Obrigatório
UBS — Unidade Básica de Saúde
UES — Unidade Experimental de Saúde
UNAD — Unidade de Atendimento ao Dependente
UNIAD — Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas

Sumário

Introdução	1
Capítulo 1: Na trilha das crianças: considerações sobre a verdade e o nomadismo da pesquisa.....	7
1.1 O campo-tema “internação compulsória”	12
1.2 Nomadizando a pesquisa.....	14
Capítulo 2: O psi e o jurídico: periculosidades e internação compulsória	21
2.1 A emergência da noção de periculosidade: das <i>lettres de cachet</i> à internação compulsória	21
2.2 Da periculosidade social à responsabilidade sanitária: reforma psiquiátrica e a Lei 10.216	25
2.3 O uso de drogas como perigo social: novas compulsoriedades.....	33
Capítulo 3: Políticas urbanas de recolhimento: o caso do Centro de São Paulo	47
3.1 Luz e sombra no “Quadrilátero do Pecado”	48
A Boca do Lixo: do confinamento à repressão preventiva	49
Crackolândia: Nova Luz sobre velhas disputas.....	54
3.2 O “enfrentamento ao crack” vai às ruas.....	58
A Polícia: sufoco, dor e sofrimento.....	61
O Judiciário: “poupatempo das internações”?	67
A Medicina: o caso CAISM Pinel	71
Capítulo 4: As tóxicas tramas da abstinência: adentrando um serviço de internação psiquiátrica de crianças e adolescentes.....	79
4.1 A emergência de um serviço de internação especializado em “dependentes químicos”	81
A “UTI do crack” vai a leilão	84
4.2 O que dizem os prontuários?	87
4.3 Perfis e fluxos das crianças e adolescentes internados.....	92
Idade e sexo.....	93
Vias de chegada.....	95
Tempo de permanência.....	97
As rotas de saída.....	100
Diagnóstico-problema I: Risco social e exposição social.....	102
Diagnóstico-problema II: Dependência Química.....	104
Diagnóstico-problema III: Transtornos e distúrbios de conduta	106
4.4 Compulsoriedades e involuntariedades.....	110
Busca e apreensão	111
Adolescente em conflito com a lei	113
Imposição judicial submetendo as indicações médicas.....	117
4.5 Os circuitos das vulnerabilizações: asilo, exílio, prisão.....	121
As aflições de Bruna.....	122
O exílio de Talita	125
O boxe de Marcos	126
4.6 Circuitos de cronificação ou redes de cuidado?	130
Considerações finais: Que ruas para as crianças?	135
Referências bibliográficas	138

Introdução

Os temas que atravessam esse trabalho, inscritos nas políticas públicas voltadas à infância e juventude, surgiram da prática em pesquisa e na atuação profissional em serviços voltados a essa população. Da prática em pesquisa, a pesquisa de Iniciação Científica, intitulada *Interface psi-jurídica: estudo de internações psiquiátricas de crianças e adolescentes por determinação judicial no Hospital Psiquiátrico Pinel*¹, instigou-me a uma aproximação às interfaces entre o campo psi e o jurídico nas políticas de saúde mental voltadas à infância, especialmente na sua articulação quando da internação psiquiátrica. No âmbito profissional, tanto a experiência com o Acompanhamento Terapêutico como o trabalho como educadora terapêutica com crianças em situação de rua (no Projeto Quixote, programa Refugiados Urbanos²) me colocava, por um lado em uma clínica na/da cidade, na experimentação e invenção de novas formas de se conceber e produzir saúde mental, e, por outro, no contato cotidiano com a população em situação de rua no centro de São Paulo.

Como educadora terapêutica, as ações de abordagem tinham como foco de atuação a região da Luz e a denominada crackolândia³. Atuar nesse território implicava necessariamente sensibilizar o olhar e a escuta e deslocar a captura dos primeiros impactos que o cenário propunha, da espetacularização da miséria e do sofrimento, da paranoia contagiante da “doença chamada crack”⁴. Do horror. A intensidade da experiência da abordagem de rua, o convívio com os meninos, o acompanhamento de seus trajetos pela cidade e pelos serviços de saúde traziam novos matizes e complexificavam os temas da vulnerabilidade, dos cuidados em saúde mental e da garantia de direitos dessas crianças.

¹ Esse trabalho foi realizado em 2005/2006, no âmbito da pesquisa “Interface psi-jurídica: a psiquiatria do adolescente em conflito com a lei”, coordenada pela Professora Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin, que investigou o tema da Saúde Mental dentro do sistema socioeducativo, apontando para a crescente medicalização e psiquiatria generalizada da criminalidade juvenil, especialmente por meio do diagnóstico de Transtorno de Personalidade Antissocial e da noção de periculosidade (Vicentin, 2005).

² Serviço conveniado junto à Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, no qual trabalhei no período de novembro de 2009 a fevereiro de 2012.

³ Ainda que o termo “crackolândia” possa reafirmar a estigmatização da região da Luz (bairro central da cidade de São Paulo), reduzindo-a a local de consumo de drogas, utilizaremos a denominação, nesse trabalho, buscando deslocá-lo de uma denominação geográfica, dando relevância aos processos sociais de criminalização e patologização da população de rua e dos usuários de drogas.

⁴ Pichação encontrada na crackolândia em 2010, nas ruínas da antiga estação rodoviária.

Acompanhá-los em seus percursos pelas ruas, sintonizar suas frequências, escutar suas histórias mirabolantes e flashes fragmentários de notícias, buscar nos contatos com a rede socioassistencial e de saúde um mapeamento da história de circulação pelos serviços e pela família, introduziam-me nos vertiginosos e velozes circuitos que marcavam suas trajetórias. Seja pelos seus contínuos deslocamentos pelos espaços da cidade, ou as constantes idas e vindas para casa, alternados a passagens por instituições (de privação de liberdade e de proteção), a circulação, ou o trânsito contínuo, apresenta-se como importante marca das trajetórias dessas crianças (Gregori, 2000; Raupp e Adorno, 2011).

Mapeando os serviços pelos quais circulavam essas crianças, e entendendo como função central do trabalho o agenciamento de redes de cuidado em torno delas, era convocada a problematizar quais eram os circuitos possíveis pelas políticas públicas. A rede de atendimento da região central de São Paulo conta com equipamentos voltados ao atendimento em saúde de crianças em situação de rua, como o CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil) Sé, CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) Sé, as equipes de PSF (Programa Saúde da Família), e, mais recentemente, o Complexo Prates e Consultório na Rua.

No entanto, o acesso da população de rua à rede de atenção básica apresentava entraves: muitas vezes, não apresenta estrutura necessária nem a capacitação das equipes quanto as necessidades dessa população; os próprios fluxos de atendimento dos serviços – como as longas filas – geram uma impossibilidade de vinculação dessas crianças (Lescher et al, 2004). Da mesma forma, as redes de CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) nos territórios de origens dessas crianças, muitas vezes são insuficientes e não apresentam estratégias territoriais de trabalho, como a busca ativa, ou há desarticulação com as redes de atenção básica, o que desfavorece a vinculação da criança/adolescente e sua família.

Na rede de acolhimento institucional, há escassez de vagas e os serviços operam no limite ou além da capacidade de funcionamento, impedindo o cuidado mais atento dos que lá estão e produzindo instituições em frequente convulsão. Em 2009, a rede de abrigos que mais acolhia essa demanda, os CRECAs (Centros de Referência da Criança e Adolescente), foi objeto de ação civil pública e foi desativada, tendo como principal argumento o risco que as crianças em situação de rua ofereciam para as “outras” crianças (Orestes, 2011). Se a disponibilidade de vagas naquela rede era insuficiente, sendo necessário, às vezes, que a criança ou adolescente esperasse por dias para abrigamento, com o fechamento dos equipamentos o trâmite se

burocratizou, sendo instituída a necessidade de ordem judicial prévia para o abrigo.

As dificuldades no seu acesso aos serviços e o funcionamento expulsivo das mesmas denotam uma infância indesejada, risco social convertido em risco para as outras crianças. Os anos 2000 elevaram o crack ao estatuto da nova epidemia social, gerando a proliferação de campanhas de “combate à droga”, assim como ações governamentais de enfrentamento ao seu uso e comércio, fortalecendo as representações sociais em torno dos setores pobres da infância e juventude, na sua associação a uso de drogas, atos antissociais e conflito com a lei. Se a associação das crianças e adolescentes nas ruas à periculosidade legitimou historicamente o tratamento repressivo-punitivo e o encarceramento desse segmento, a associação ao uso de drogas parece ter ampliado sua identificação com o perigo social e, dessa forma, o campo de intervenção e controle em relação a essa.

É nesse contexto que o ano de 2010 reacende os debates em torno das ações do poder público em relação a essa população, enchendo os noticiários de imagens de crianças com cachimbos nas mãos em vias públicas. No Rio de Janeiro a instauração do procedimento de recolhimento de crianças e adolescentes em situação de rua em clínicas de recuperação com o apoio de força policial e respaldo de ordens judiciais parece indicar que é no campo da saúde pública que a gestão dessa população passa a ser investida. No ano de 2011, São Paulo sedia intervenção policial na região chamada *crackolândia*, com a finalidade de controle do tráfico e encaminhamento dos usuários ao sistema de saúde. O mote da “internação compulsória” estava instaurado, agenciando as tensões e disputas em torno de diferentes perspectivas éticopolíticas em torno da saúde mental, garantia dos direitos da infância e da função do judiciário na gestão das liberdades.

Com o aumento das vagas e de serviços de internação para tratamento da “dependência química”, intensificava-se uma tendência à centralidade da internação psiquiátrica nos cuidados em saúde mental. Mesma tendência tem sido apontada por pesquisadores, identificando o aumento da internação psiquiátrica de crianças e adolescentes como principal resposta diante da problemática do uso de substâncias psicoativas e como medida que revigora as funções asilares e corretivas-repressivas da internação⁵ (Cunda, 2011; Scisleski, 2006; Bentes, 1999; Guemureman e Daroqui,

⁵ Assim como nos serviços de saúde mental, verifica-se, também, grande número de internação de crianças e adolescentes nas denominadas Comunidades Terapêuticas, instituições fechadas que

p. 3

2001; Blikstein, 2012; Joia, 2006). Assim como nos serviços de saúde mental, verifica-se, também, grande número de internações de crianças e adolescentes nas denominadas Comunidades Terapêuticas, instituições que promovem o tratamento, majoritariamente de caráter espiritual-religioso, e que contam com inúmeras denúncias de violação de direitos (CFP, 2011).

A detenção/internação compulsória em centros de tratamento de drogas tem sido apontada por organismos internacionais como prática ineficiente no tratamento da drogadição, e que vem apresentando sistemáticas violações dos direitos humanos dos usuários, tais como trabalhos forçados, punições físicas e abusos de toda ordem (Hall et al, O relatório produzido pelo Comitê de Direitos Humanos da ONU (Mendez, 2013) indica que no Brasil e em outros países latinoamericanos as internações forçadas e o tratamento involuntário, ainda que sob a definição de tratamento em saúde, violam direitos e podem configurar prática de tortura e maus-tratos. Conclui ainda que determinados grupos, dentre os quais crianças em situação de rua e população sem-teto em geral, portadores de transtornos mentais e profissionais do sexo são mais vulneráveis à detenção compulsória por uso de drogas.

No campo legislativo, ainda que a Reforma Psiquiátrica tenha inaugurado um marco jurídico na perspectiva de políticas de desinstitucionalização, e que o Estatuto da Criança e do Adolescente tenha desmanchado a antiga categoria da situação irregular, afirmando uma política pautada na garantia de direitos, observamos tendências de retrocesso aos avanços obtidos. Em especial, o campo da saúde mental e das intervenções protetivas e terapêuticas para adolescentes portadores de transtornos mentais, vem sendo investido como estratégia de extensão da capacidade punitiva do sistema socioeducativo, justificado pelo direito à saúde.

A recém-aprovada Lei do SINASE (Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo), de janeiro de 2012 (Brasil, 2012a) abre a possibilidade de processo de interdição legal no caso de adolescentes portadores de transtorno mental ou usuários de substâncias psicoativas em cumprimento de medida socioeducativa, o que favorece a intervenção arbitrária do judiciário em prol de medidas protetivas e terapêuticas. Na mesma linha, o Projeto de Lei do Senado 23/2012 (Brasil, 2012c)

promovem o tratamento, majoritariamente de caráter espiritual-religioso, de dependentes químicos, com base nos princípios de abstinência. Face às denúncias de violações de direitos humanos nessas instituições, foi realizada inspeção nacional pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), revelando que das 68 instituições visitadas, 31 realizavam internação de adolescentes, algumas por via judicial, e duas delas internavam também crianças (CFP, 2011).

prevê a inserção de atendimento médico-psiquiátrico como nova modalidade de medida socioeducativa para o tratamento de questões de saúde mental.

Nas políticas sobre drogas, o polêmico Projeto de Lei da Câmara 37/2013 (Brasil, 2013) de autoria de Osmar Terra (PMDB-RS), endurece as penas para o tráfico de drogas, prioriza a internação involuntária no tratamento para usuários e intensifica o investimento de recursos públicos para Comunidades Terapêuticas religiosas. Assim, vemos como o campo das políticas voltadas para as drogas, em especial na sua articulação com o campo da infância, vem apresentando tendências que marcam retrocessos, especialmente sob as estratégias da criminalização e psiquiatrização das condutas.

A presente pesquisa buscou, portanto, investigar como as tensões entre cuidado e controle se apresentam na estratégia da internação psiquiátrica de crianças e adolescentes, em especial nas suas articulações com o sistema de justiça. A hipótese inicial era que essa articulação estaria respondendo a uma demanda de contenção daqueles identificados como perigo social, no bojo de uma renovação das lógicas manicomiais de confinamento dos que perturbam a ordem social, atualizados na figura do usuário de drogas.

A primeira parte do trabalho apresenta reflexões sobre o pesquisar e uma posição ético-política frente à produção de conhecimento relacionado a crianças em situação de rua. Descreve, também, os caminhos percorridos pela pesquisa pelo campo-tema da “internação compulsória”, evidenciando os impasses vividos pela pesquisadora, e as escolhas que foram feitas no percurso.

A segunda parte apresenta a emergência da noção de periculosidade social na associação à loucura e a atual ruptura dessa associação representada pela Reforma Psiquiátrica. Contextualiza, também, o surgimento de uma “questão das drogas” pelas vias da medicalização e da criminalização, que atualiza mecanismos de gestão das populações, em especial nas articulações da saúde mental e do sistema de justiça no campo da infância e juventude.

A terceira parte apresenta uma cronologia dos acontecimentos em São Paulo que alavancaram a “internação compulsória” ao debate público. Apresentaremos o território emblemático onde as ações tornam-se mais visíveis, denominado crackolândia, e ordenaremos uma resumida cronologia de três momentos nas políticas urbanas voltadas para usuários de drogas: a Operação Sufoco, realizada em 2011; a instalação do anexo judiciário no CRATOD (Centro de Referência de Álcool,

Tabaco e Outras Drogas) (2013); e a consequente imposição de internações compulsórias em um hospital psiquiátrico (2013). Dessa forma, busca-se lançar luz sobre as formas como as forças repressivas, a rede socioassistencial, os serviços de saúde mental e o poder judiciário compõem distintas articulações em torno da gestão da população de rua, sob o mote dos cuidados a usuários de drogas, e na ambivalência do cuidado e do controle.

A quarta parte traz uma análise sobre as internações psiquiátricas infantojuvenis de um serviço especializado em “dependentes químicos” do município de São Paulo, em dois momentos distintos: como Serviço de Atenção ao Dependente (SAID); e, posteriormente, após reconvenimento, como Unidade de Atenção ao Dependente (UNAD). Descreve e analisa aspectos relacionados aos perfis das crianças e adolescentes internados e alguns efeitos do reconvenimento. Destaca as formas como as diferentes compulsoriedades incidem nas trajetórias dos usuários na internação psiquiátrica e na articulação de redes de cuidados. Por fim, apresentamos três casos que servirão para a análise de diferentes funções que cumpre o hospital psiquiátrico e sobre os circuitos que acionam a internação psiquiátrica.

Capítulo 1:

Na trilha das crianças: considerações sobre a verdade e o nomadismo da pesquisa

Em uma salinha pequena e sem janelas, uma espécie de cela, fazia uma reunião com a técnica da Unidade da Fundação CASA onde Renato tinha sido preso. A porta mantinha-se aberta pois a privacidade não era bem vista na Unidade. A psicóloga me contava que o adolescente havia feito ligações para sua mãe, apesar de não querer falar com ela, e que esta demonstrara afeto pelo filho, comprovando a possibilidade de "reinseri-lo" novamente no seio familiar para que não voltasse às ruas. Pergunto como ela sabia tais detalhes da conversa, se ele, menino cravado pelo silêncio, havia contado sobre o contato. Responde que não era necessário, pois os técnicos faziam escuta telefônica das ligações dos adolescentes. Mas, por que? Porque eles mentem. Bem, então imagino que vocês ao menos contem para eles que estão sendo grampeados. Claro que não, se não eles não falaria a verdade. (Diário de trabalho, 2011).

Na rede de atendimento a crianças em situação de rua, é muito comum que se discuta o estatuto de verdade das histórias contadas pelos meninos. Os múltiplos pseudônimos com os quais se apresentam resguardam identidades muitas vezes marcadas pelas pendências com a justiça e os protegem dos rastreios de suas histórias à revelia de sua vontade. A adulteração do nome protege, assim como também forja novos sujeitos que buscam reconhecimentos diversos, no bando, nas bordas da ilegalidade (Ferreira, 2001).

Luciano era um menino sem sobrenome, apenas um nome duplo constava nos seus documentos. Um nome que ocultava sua história, seus antepassados. Na rua, era chamado por Faísca. Não era reconhecido por um traço identitário mas por uma marca intensiva. (Diário de trabalho, 2010).

Da veracidade da idade abaixo dos 18 anos resultam verdadeiros conflitos institucionais sobre a legalidade dos abrigamentos. As frequentes recusas em dizer o nome dos pais e a região de origem, as mirabolantes e inverossímeis histórias dos assaltos, das brigas na rua, dos feitos heróicos. Se a mentira é um problema para os serviços que trabalham com essas crianças, para elas só pode ser sua forma de escapar e resistir as capturas das tecnologias disciplinares, sejam na voz suave das assistentes sociais ou na brutalidade da abordagem policial.

Jacques Meunier (1978), em sua etnografia acerca dos gaminos (como eram conhecidas as crianças de rua de Bogotá), pergunta-se: por que mentem? Respondem-lhe os especialistas da infância, educadores e psiquiatras: porque são selvagens e mitômanos. "Mentem porque são mentirosos". Ou, como justificam os próprios

gaminos, “Nós, Gaminos de Bogotá, sempre fizemos assim”. Desconfiados do mundo adulto, cujas obrigações já abandonaram há muito e que só podem reorientá-los à uma ressocialização, suas ficções despistam sistematicamente aqueles que tentam encontrá-los. Aproximando-nos de suas histórias, encontramos uma mistura de falsidade e mitologia, de truques oportunistas e maliciosos a poesias extraídas da miséria e do deboche, onde o narrar e seus efeitos têm maior importância do que a veracidade dos fatos.

Os adultos, que se atêm ao conteúdo, teimam em decodificar o saber dos Gaminos como se esse linguajar fosse um esforço de comunicação explícita: na verdade, quando fala, o Gamino não deseja exprimir um pensamento; o que ele tenta é comover (...) O Gamino que, numa mesma frase se contradiz, nem sempre está querendo enganar o adulto que o ouve: ao passar de um extremo a outro, ele tenta fazê-lo compartilhar os mil e um caminhos de sua história (...) (Meunier, 1978, p. 102).

Em Bogotá ou em São Paulo, a vivência de rua aparece aos olhos dos adultos como uma grande incógnita. Seja pela repreensão a uma vagabundagem explícita, e no caso da São Paulo atual, ao consumo de drogas às vistas de todos, seja pelo sentimento de pena e comiseração pelas crianças, o mundo adulto sistematicamente busca pela recomposição de suas histórias de vida em trajetórias lineares e explicativas. Fascinados pela radicalidade que transborda dessa vivência, perguntam-se qual o motivo que fez cada um desses sujeitos romper com a vida que lhe havia sido destinada. Já as crianças nos sugerem que sigamos outras pistas e que não nos percamos na busca por tais verdades.

Essa contra-sociedade de crianças, esta subcultura da pobreza, é por definição e de maneira ainda mais manifesta que os povos da Amazônia, uma sociedade sem escritura. Ficou dela privada. Frustrada. Desconfia de tudo o que vem de nós. Consequentemente, é uma sociedade sem arquivos. (Meunier, p. 16).

Seus arquivos, em parte, estarão nas páginas dos prontuários das políticas públicas voltadas ao seu atendimento, dos hospitais e abrigos da cidade, nas fichas criminais e boletins de ocorrência, nas páginas dos jornais, envoltos por cobertores e com cachimbos nas mãos. Falar-se-á sobre eles pelas ruas do centro da cidade: aqueles que os conhecem e compram-lhe um café toda manhã ou os que aterrorizam-nos com os porretes de seus seguranças particulares. Igualmente, nas “quebradas” e vielas, serão lembrados como aqueles que tantos problemas causaram, a quem a família só pode esquecer.

A busca pelas suas notícias, nas políticas públicas, passa pelo contato com registros de prontuários, em sua frieza técnica, em sua homogênea forma de traduzir a experiência. Esquetes de uma rotina, uma fala entre parênteses sobre a família, um número de CID (Código Internacional de Doenças), descrições codificadas do comportamento, sob o pulsar ininterrupto dos exames clínicos dos corpos. Ingestão hídrica. Micção e evacuação. Queixas algícas. Breves inventários de corpos, palavras e comportamentos. “Vidas de algumas linhas ou de algumas páginas, desventuras e aventuras sem nome, juntadas em um punhado de palavras”, descreve Foucault (2003) sobre seus achados no arquivo da Bastilha, “vidas singulares tornadas, não sei quais acasos, estranhos poemas”. Na trilha de Meunier (1999), insinua-se uma *etnologia da figura ausente*, dos “apagados da história, esquecidos, censurados”, cujos rastros esboçam fragmentárias histórias de corpos resistentes.

Como, então, escrever uma história sobre crianças em situação de rua sem esquecê-las? Como pesquisar seus trajetos sem buscar encerrá-los em concepções das quais eles mesmo fogem? Pesquisar as tensões entre o cuidado e a captura que o atendimento em saúde mental carrega é uma tentativa de fazer visíveis as verdades construídas sobre eles, que legitimam o cerceamento de suas liberdades, que os relegam à posição de objeto de tutela. Pondera Foucault acerca da escolha de qual lugar assumir ao escutar e fazer ver os mecanismos de poder e seus efeitos:

Essas vidas, por que não ir escutá-las lá onde, por elas próprias, elas falam? Mas, em primeiro lugar, do que elas foram em sua violência ou em sua desgraça singular, nos restaria qualquer coisa se elas não tivessem, em um dado momento, cruzado com o poder e provocado suas forças? Afinal, não é um dos traços fundamentais de nossa sociedade o fato de que nela o destino tome a força da relação com o poder, da luta com ou contra ele? O ponto mais intenso das vidas, aquele em que se concentra sua energia, é bem ali onde elas se chocam com o poder, se debatem com ele, tentam utilizar suas forças ou escapar de suas armadilhas. (Foucault, 2003).

Estudar, portanto, as estratégias de captura dessas crianças sob a forma da infância perigosa ou do “craqueiro” dependente químico é ter em vista que as armadilhas que se armam estão em constante confronto com as forças que resistem a elas. Da convivência com essas crianças, posso levantar algumas pistas na produção desse texto: a desconfiança e a recusa pelas verdades apresentadas de antemão ...

Na segunda metade do século XX podemos observar uma tendência à crítica ao estatuto de verdade que a ciência positivista reivindicava. A neutralidade científica dá lugar às perspectivas que evidenciam a historicidade e, logo, a parcialidade de toda produção de conhecimento e sua inserção em um campo político. Tomaremos de Foucault (1998a, 1975, 2006) a ideia de genealogia como perspectiva de produção de conhecimento, que refuta a busca por verdades essenciais e pela recomposição de origens, e que inclui a dimensão do poder como inevitável na análise dos processos de objetivação e subjetivação. Serão como efeitos de verdade, ou regimes de verdade, que as ciências serão tomadas, ressaltando seu caráter produtor de realidades, sua íntima relação com as práticas às quais estão atreladas e o caráter político de sua produção (Foucault, 1998a).

Destacaremos duas de suas obras, que utilizam-se da perspectiva genealógica para analisar as relações entre saber, poder e verdade em contextos distintos: em *Vigiar e punir* (1975), analisa a constituição de um poder disciplinar, que dociliza e modula as condutas e corpos, a partir da análise das prisões em diferentes momentos da história; em *O poder psiquiátrico* (2006), analisa as relações de saber-poder imbricadas nas práticas e discursos em torno da loucura e do saber psiquiátrico. A genealogia analisa os saberes em sua relação com as condições que possibilitaram sua emergência, assim como com as práticas imanentes a tais saberes, situando-os em um campo de relações de força, político.

É nesse sentido que o pesquisar pode ser considerado como um dispositivo, ou uma ‘*máquina de fazer ver e fazer falar*’, uma determinada distribuição entre o visível e o invisível (Deleuze, 1990). Seu objetivo não será lançar luz sobre aquilo que está obscurecido, rumo a uma análise totalizante, mas uma montagem de jogo de luzes que possibilitará fazer ver determinados processos cotidianos de investimento de tecnologias de poder, amparadas por certos discursos que se afirmam como verdades, no controle e produção de corpos, condutas, comportamentos.

Armar esse jogo de luzes, no entanto, implicará também o próprio processo de pesquisa como parte da análise. Nesse sentido, guiamo-nos por noções da Análise Institucional a respeito da produção de conhecimento nas relações com o ato de pesquisar. Guiamos-nos pela perspectiva da pesquisa-intervenção, que exige a dissolução das dualidades sujeito/objeto e teoria/prática, tornando a pesquisa atenta para as processualidades e para as linhas de força que produzam diferença e rebeldia, nas suas dimensões micropolíticas (Paulon, 2005).

Ao recusar o estatuto de neutralidade que lhe conferia a ciência positivista, a noção de *implicação* prevê que o pesquisador analise e faça visível seus atravessamentos libidinais e suas direções ético-políticas de leitura da realidade. Na presente pesquisa, as afetações provocadas pelos dois anos de trabalho com crianças e adolescentes em situação de rua certamente atravessarão o texto e matizarão a construção das análises. Acompanhar a radicalidade da vivência dessas crianças é conviver com a constante desestabilidade. Ainda que se tente, difícil que se saia incólume às suas constantes provocações ao modo adulto e normal de agir e viver, ou ao choque da miséria e da violência que sofrem pelo trato do poder público.

Trabalhar com elas, portanto, significa, necessariamente uma busca constante pela mudança de perspectiva e o enfrentamento do estigma do “mal social”, daquilo que não se deseja nas ruas da cidade. Vivenciar e experimentar as ruas e seus circuitos guiada pelas crianças que nela habitam necessariamente implica construir uma posição “ao lado”. Para provocar um acontecimento na via pública, basta que você se sente ao lado de um dessas crianças e logo todos os transeuntes olharão, desconfiados. Assim, assume-se uma posição. Posição esta que não se guiará pela comiseração ou por uma tolerância absoluta, mas com a assunção da posição de sujeito dessas crianças e com o reconhecimento de suas verdades.

Para que, no entanto, se possa fazer ver certas relações de poder, recorreremos à noção de *analisador*, no sentido que lhe empresta a análise institucional (Lourau, 1993), entendido como “acontecimento, indivíduo, prática ou dispositivo que revela, em seu próprio funcionamento, o impensado de uma estrutura social” (Rodrigues e Souza, 1991, p. 29). Isto é, como evento crítico que permite explicitar o jogo de forças atuando numa determinada situação, bem como arguir determinadas naturalizações (Lourau, 1996). Será pela escolha de determinados dados (acontecimentos na cidade, ações civis públicas, desenho dos perfis de crianças e adolescentes internados, narrativas de suas trajetórias), assumidos como analisadores, que se construirá uma possibilidade de narrar aspectos silenciados, naturalizados ou impensados das instituições e das relações de poder nelas imbricadas.

O que, no entanto, deseja-se *fazer falar*? Certamente, não será essa verdade que as crianças teimosamente custarão a revelar, rebeldes que são. Partimos da hipótese de que a categoria de dependência química e seus correlatos vem apresentando-se na atualidade de modo a silenciar múltiplas conflituosidades imbricadas no uso de drogas, e nos contextos de vulnerabilidade, legitimando renovadas estratégias de tutela, institucionalização e medicalização da infância e juventude. Interessa-nos,

portanto, analisar como a psiquiatria e a justiça vêm, em seu discurso e em suas práticas, ativando circuitos de internação psiquiátrica e como se distribuem e se tensionam nesta partilha as modalidades do cuidado e da proteção e controle.

Não se trata, portanto, de uma disputa sobre as concepções científicas no interior das lógicas médicas a respeito da categoria diagnóstica da dependência química ou do tratamento a usuários de drogas, mas da análise dos efeitos que os discursos científicos hegemônicos vêm produzindo nas formas de gestão da vida de crianças e adolescentes, especialmente de segmentos pobres da sociedade. Diz Foucault, sobre a genealogia:

Trata-se de ativar saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimados, contra a instância teórica unitária que pretenderia depurá-los, hierarquizá-los, ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro, em nome dos direitos de uma ciência detida por alguns. As genealogias não são portanto retornos positivistas a uma forma de ciência mais atenta ou mais exata, mas anti-ciências. (...) Trata-se da insurreição dos saberes não tanto contra os conteúdos, os métodos e os conceitos de uma ciência, mas de uma insurreição dos saberes antes de tudo contra os efeitos de poder centralizadores que estão ligados à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade como a nossa. (Foucault, 1998a, p.171).

Serão esses saberes dominados ou desqualificados, tais como as histórias esquecidas nos prontuários, os discursos marginais do sistema, os próprios discursos das crianças e adolescentes que trataremos de resgatar, a fim de tornar visíveis as linhas de resistência aos assujeitamentos que estão em jogo.

1.1 O campo-tema “internação compulsória”

Distanciando-nos da tradicional concepção em torno do campo de pesquisa como locus de observação de fenômenos que existiriam tão somente restritos àquele território ou contexto, entendemos que o fazer da pesquisa não se destaca do próprio campo que busca investigar. Nesse sentido, iniciar a pesquisa é já estar sensível a um determinado campo-tema (Spink, 2003), isto é, instigado a pensar determinado assunto, acompanhar seus desdobramentos cotidianos, formular perguntas e hipóteses sobre os vetores que o produzem e seus efeitos. A “entrada no campo”, portanto, ocorre antes mesmo do pesquisador sair de casa para entrevistar alguém ou para visitar um serviço; a imersão em um campo-tema leva em conta que o pesquisador está mobilizado frente a determinada questão e buscará lugares geográficos ou atores sociais que concentram práticas discursivas e práticas sociais

relativas ao tema. Campo-tema é, portanto, a inseparabilidade entre aquilo que se pensa e diz (tema) daquilo que se pratica (campo) (Spink, 2003).

O tema do uso de drogas e cuidados em saúde com crianças e adolescentes em situação de rua se parece muito mais a um emaranhado de nós, circulações e agenciamentos de diferentes questões, que na rua, invariavelmente, encontram um ponto crítico, uma nudez maior do que em outros contextos. Se na rua a liberdade parece flertar o tempo todo com a reprodução de circuitos de violência extrema e de desproteção absoluta, é também um lugar de escape, de resistência possível ao destino mortífero das populações indesejáveis. Pesquisar seus trajetos, suas circulações e resistências nos leva, portanto, a perguntar: Como delinear um campo problemático, se os próprios meninos parecem transitar continuamente sem deixarem-se ser tomados como uma população estática?

No caso do campo-tema das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes por uso de drogas, vemos aí o agenciamento de diversos campos problemáticos: o tema do uso de drogas utilizado para legitimar o aprisionamento e a compulsoriedade nas ações em saúde; crianças e adolescentes em situação de rua e as políticas ambivalentes de oferta de cuidado e tutela; as articulações entre o sistema de saúde e o sistema de justiça cujas alianças historicamente são feitas em prol do controle de determinadas populações. Uma complexidade enorme, diante da qual não podemos senão trilhar um caminho que busque potencializar uma análise desse campo-tema, sem nunca dar conta de uma totalidade.

Nesse campo-tema, encontram-se articulados uma pluralidade de atores – profissionais da saúde, da assistência social, do sistema de justiça, mídia, representantes do poder legislativo e executivo, familiares, os próprios usuários – e diferentes serviços – serviços de saúde abertos, serviços de internação, comunidades terapêuticas, Fundação CASA, acolhimento institucional, serviços da assistência social voltados a crianças e adolescentes em situação de rua, abordagens de rua, redutores de danos. Diante do vasto panorama, qual caminho percorrer? Essa talvez seja a pergunta central que nos acompanhou durante muito tempo, e que, como decorrência, continha outras tantas perguntas: Esse caminho leva aonde?, por que esse e não um outro? As respostas, provisórias, fomos encontrando ou foram nos encontrando, ao longo do caminho.

1.2 Nomadizando a pesquisa

Aqui apresentaremos brevemente os caminhos que a pesquisa foi percorrendo e a composição que foi armando ao longo do processo, de acordo com as novidades que o próprio campo-tema apresentava. Os anos de 2012 e 2013 trouxeram grandes e rápidas transformações no campo da saúde mental, invadida pela questão do uso de drogas. O Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack (Brasil, 2010), anunciado em 2010, prometia investimentos e anunciava “É possível vencer!”. Movimentos sociais denunciavam o caráter repressivo das ações desencadeadas nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo. Novos leitos para dependentes, prometiam os governos estaduais e municipais. Um novo inimigo nacional era noticiado pela mídia.

Acompanhar a velocidade dos acontecimentos foi um desafio crucial, pois as montagens do cenário de trânsito das crianças pelas instituições de internação eram tão fugazes que fazia-se difícil um mapeamento mais sedimentado dessa dinâmica. A identificação dos cenários e dos *analísadores* do campo-tema foi um processo contínuo: quando uma direção era tomada, um rearranjo já estava anunciado. Optou-se, então, por não manter a pesquisa atada a sua montagem inicial, em seus objetos e procedimentos predefinidos, e tentar acompanhar os novos rearranjos em sua velocidade e descontinuidade. Experimentava-se, assim, uma *nomadização da pesquisa* (Diógenes, 2003), criando-se e recriando-se as linhas dos trajetos a seguir, uma vez que as tramas dos próprios acontecimentos no cenário das ações em saúde voltadas à política de drogas ia também se transformando, produzindo novos fluxos.

“Tenho pena de você, está correndo feito louca atrás dos meninos, mas eles não param em lugar nenhum”, me disse uma das profissionais entrevistadas. Correr atrás deles era a forma de trilhar os circuitos que lhes são dispostos, os tribunais que os julgam, as portas brancas dos serviços psiquiátricos que se abrem: suas promessas, seus aprisionamentos, suas ambivalências, suas compulsoriedades. Também, era acompanhar o nomadismo desses meninos e meninas, no seu modo-fuga, driblando qualquer tentativa de fixá-los em uma constância, em uma rotina ou projeto que não os contemple.

Nomadismo que, no entanto, não deriva erráticamente, mas é norteador pela busca dos pontos estratégicos de tensão e intensidade daquilo que se busca analisar (Diógenes, 2003). No caso da presente pesquisa, acompanhar as tensões entre o cuidado e a captura na atenção em saúde mental a estas crianças/adolescentes por meio da análise das entradas e saídas do circuito hospitalar.

As inquietações que me levavam a querer pesquisar as internações psiquiátricas de crianças e adolescentes de rua eram consequência dos dois anos que havia trabalhado com essa população. No acompanhamento de casos, nas reuniões com outros serviços da rede e atendimentos de famílias, o tema da internação aparecia, tanto pelo poder público como pelos próprios usuários, como a grande promessa de dar conta do uso de crack e da própria situação de rua. Como objetivo inicial do trabalho estabeleci, portanto, estudar as internações compulsórias das crianças e adolescentes em situação de rua por uso de drogas, a partir da hipótese de que a psiquiatria seria uma estratégia de contenção e sequestro, legitimada pelo direito à saúde e à vida.

A montagem inicial da pesquisa elegeu como locus privilegiado da pesquisa o SAID (Serviço de Atenção Integral ao Dependente)⁶, serviço de tratamento para dependentes químicos inaugurado em 2010 como referência para internação da população de rua da região central de São Paulo. Estudando esse serviço, buscava entender: a) quais são as condições e encaminhamentos que resultavam na internação; b) quais as redes e possibilidades de cuidado que se formam na saída do hospital; e c) qual articulação a saúde e a justiça compõem nesse campo, quanto à justificativa de entrada no serviço e à possibilidade de alta médica/autorização judicial.

A entrada no campo-tema de pesquisa, ainda no processo de definição do projeto, em janeiro de 2012, já acompanhava a explosão do tema do consumo de crack pela população em situação de rua, alçado pela instituição da política de recolhimento compulsório no Rio de Janeiro no ano anterior. Em 2012 foi em São Paulo que a intervenção policial na região denominada crackolândia estampou as capas de jornais, alavancando a polêmica da “internação compulsória” e suas interfaces com os campos da saúde, da justiça e das políticas públicas. Em pouco tempo, os temas do tratamento a dependentes químicos, penalização de traficantes-usuários, descriminalização das drogas, investimento em leitos de internação e em instituições religiosas de tratamento tomaram fôlego no debate público, especialmente na saúde mental.

⁶ Na época gerido pelo Hospital Samaritano em convenio com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, destinava metade dos 80 leitos para a internação de crianças e adolescentes.

Mobilizada pelo tema e pelos acalorados debates que suscitaram, que pude acompanhar em numerosos eventos (seminários⁷, audiências públicas, reuniões de movimentos sociais⁸), fomos produzindo os primeiros elementos do campo de análise da pesquisa, acrescidos de material documental. O material utilizado foi composto de notícias de jornais de grande circulação e de portais da Internet, legislação sobre as políticas de saúde mental e sobre as políticas voltadas à infância e adolescência, manifestos de diversos setores da sociedade civil relacionados aos direitos humanos e aos direitos da infância e adolescência, o Relatório de visita aos “abrigos especializados” para crianças e adolescentes, da Assembléia Legislativa – RJ (Rio de Janeiro, 2012) e a Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público de São Paulo contra o Governo do Estado pela violação de direitos no ato da operação policial no centro da cidade (São Paulo, 2012). Com base nesses dados, construímos uma cronologia de acontecimentos, uma espécie de mapeamento dos jogos de força que fizeram emergir a questão da “internação compulsória” em São Paulo.

No início de 2013, uma novidade nos fluxos de atendimento em saúde se apresentava: a criação de plantão jurídico em um serviço de saúde na região central, o CRATOD (Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas), próximo à região conhecida como crackolândia. Fundamentado no estreitamento de laços entre o sistema de saúde mental e de justiça, o novo modelo de atendimento pretendia acelerar as decisões judiciais a respeito da internação de usuários de drogas da região. Guiando-nos pelas transformações no campo-tema, buscamos uma aproximação com o “anexo judiciário”, a fim de compreender como a internação compulsória estava sendo operacionalizada nessa nova composição. Após contato com um defensor público responsável pelo atendimento no plantão, realizei uma breve observação do funcionamento desse serviço.

A centralidade no atendimento a dependentes químicos que o plantão assumia, e a ampliação do atendimento para usuários que não estavam em situação de rua indicavam a importância que ganhava nos reordenamentos da rede de atendimento dessa população e seus fluxos. Assim, posteriormente, foi feita entrevista com uma

⁷ Dentre os quais destaca-se “A Crackolândia muito além do crack”, organizado pela Faculdade de Saúde Pública da USP (maio 2012), “Mídia, drogas e HIV: conflitos e possibilidades”, organizado pelo *Centro de Convivência É de Lei* (setembro 2012) e “Seminário: Balanço das políticas de saúde mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas”, organizado pelo Conselho Regional de Psicologia-SP e pela PUC-SP (maio 2012).

⁸ Em especial o coletivo *Luz Livre* que se articulou em janeiro de 2012, diante da ação repressiva na crackolândia e realizou o chamado “Churrascão da Crackolândia”, reunindo diversos coletivos, movimentos sociais e entidades para denunciar a truculenta política do poder público de cerceamento dos usuários de drogas, a fim de garantir os interesses imobiliários da região.

defensora pública responsável pelo atendimento no plantão judiciário do CRATOD, a fim de compreender os fluxos que estavam sendo firmados entre o sistema de saúde e a justiça e quais os circuitos de internação que estavam funcionando para as crianças e adolescentes usuários de drogas.

Com a notícia de que o CAISM (Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental) Philippe Pinel, serviço de referência em internação psiquiátrica de crianças e adolescentes do Estado de São Paulo⁹, estava recebendo casos com esse perfil, realizei também visitas e conversas com a gerente técnica do serviço. Nessas ocasiões, fui informada que o Pinel havia sido convertido pela Secretaria de Saúde do Estado em destino dos encaminhamentos do recém criado anexo judiciário ao CRATOD, passando a atender exclusivamente internações em decorrência de uso de drogas e por via judicial.

Nas semanas seguintes, o Ministério Público produziu uma Ação Civil Pública — ACP (São Paulo, 2013), na qual questionou o Estado pela utilização do CAISM em desacordo com seus objetivos, incorporando uma lógica carcerária ao Hospital e negligenciando o atendimento de outros transtornos. Após cerca de um mês, a ACP resultou na suspensão do fluxo de encaminhamentos para o CAISM. Entendendo que essa situação permitia delinear os modos como a dependência química inaugurava determinados fluxos de internação, muitas vezes ilegais e irregulares do ponto de vista da saúde pública, requeri autorização junto ao Ministério Público para acesso aos documentos da ACP (este acontecimento está analisado no Capítulo 3).

Com a aprovação da pesquisa pelos comitês de ética¹⁰, após 8 meses de tramitação, teve início a produção de dados no SAID. No entanto, nesse ínterim o serviço havia sido desconveniado, por conta de denúncias de irregularidades no convênio, e passava por processo de licitação para novo convenciamento¹¹. Após

⁹ Hospital de administração direta da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, que conta com um Núcleo de Enfermaria da Infância e Adolescência (NIA) que atende crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais em episódios agudos ou de caráter severo e persistente, ou ainda, encaminhados pelo Poder Judiciário. O CAISM Pinel também abriga um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi).

¹⁰ Para a obtenção de autorização dos comitês de ética da PUC-SP e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para a realização da pesquisa foi necessário longo e burocrático processo.

¹¹ Em São Paulo, a grande maioria dos serviços da saúde é implementada por meio de convênios com Organizações Sociais (OS), empresas da área da saúde que gerenciam os serviços do SUS, utilizando-se de verba pública. Os processos de licitação para firmar tais contratos são feitos por meio de *pregão eletrônico*, em que um dos principais critérios é o baixo preço da proposta apresentada. No caso do SAID, a OS responsável era o Hospital Samaritano, sendo os profissionais que lá trabalhavam contratados por uma outra empresa, que prestava serviços ao Hospital, em uma modalidade de *quarteirização* do contrato de trabalho.

turbulento processo judicial, a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)¹² foi escolhida para gerenciar o mesmo serviço, agora sob o nome de UNAD – Unidade de Atendimento ao Dependente.

Dessa forma, a produção de dados no serviço se deu em dois momentos distintos: no encerramento do SAID, referindo-se ao período de agosto/2010 a março/2013, e, posteriormente, na UNAD, cujos dados abarcavam o período de abril/2013 a outubro/2013. No SAID, a pesquisa acompanhou a última semana de funcionamento do serviço sob aquela gestão, ainda em indefinição sobre a sua continuidade, em clima de luto e lamento pelo encerramento das atividades e pela demissão da maior parte dos profissionais. Os procedimentos foram:

- a) Entrevistas com o coordenador clínico do serviço e com a coordenadora da enfermaria de adolescentes do sexo masculino sobre o funcionamento institucional. Uma das entrevistas foi feita após o fechamento do serviço, quando o coordenador clínico já estava vinculado a outro cargo no sistema de saúde.
- b) Identificação do perfil dos casos internados com dados fornecidos pelo serviço: idade, serviço de encaminhamento, dias de internação, tipo de internação voluntária/ involuntária, e encaminhamentos na alta. Apenas no caso dos adolescentes do sexo masculino conseguiu-se uma lista que indicava quais casos tinham sido internados via judicial.
- c) Consulta a doze prontuários de crianças/adolescentes, segundo os critérios: pouca idade (menores de doze anos), muitas reinternações, mais de 150 dias de internação, além de casos que foram indicados pelos coordenadores.

Diversas dificuldades foram encontradas na produção de dados: a dificuldade em localizar alguns prontuários, dado o contexto de encerramento das atividades e demissão do corpo de funcionários e do curto período de tempo da consulta; imprecisão ou precariedade nos dados quantitativos disponíveis, que não identificavam a proveniência institucional dos usuários; a indisponibilidade de acesso às ordens judiciais de internação, por ficarem retidas na Central Reguladora de Vagas, responsável por distribuir os leitos psiquiátricos do Estado; e o curto período de pesquisa, que impossibilitou o aprimoramento e esclarecimento dos dados junto aos profissionais.

¹² Vinculada à UNIFESP, a SPDM é uma entidade filantrópica que gerencia, em convênios com o SUS, unidades hospitalares e ambulatoriais em 28 municípios em nove estados brasileiros. Dentre elas, o primeiro ambulatório especializado em psiquiatria (o AME psiquiatria Dra. Jandira Mansur) que conta com uma linha de cuidados especializados em dependência química com estreita ligação com a UNAD (Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas). Também na cidade de São Paulo, a organização gerencia o CAPS Luis da Rocha Cerqueira, o CAPS Itapeva, que foi referência na criação da rede alternativa de saúde mental na década de 1990, e que, em março de 2013, sofreu processo de demissão em massa de profissionais e o desmonte de experiências, marcando uma forte vocação da sua gestão atual para a centralidade da visão biomédica e patologizante da saúde mental.

A alteração das características do serviço no edital de conveniamento e a assunção da gestão pela SPDM marcavam mudanças no serviço, que direcionava a maior parte das vagas para o público masculino adolescente, mas que, no entanto, mantinha um perfil semelhante dos atendidos. A respeito da necessária continuidade no atendimento, enquanto uma política pública, não parecia ser prioridade para a nova. Visitando as dependências do hospital, ainda SAID, funcionários da SPDM eram surpreendidos com a informação de que deveriam permanecer com os cerca de 900 prontuários das internações realizadas. Uma das profissionais, imediatamente, retruca: “Não! Nós faremos um trabalho completamente diferente, com metodologia diferente, queremos começar com o prontuário número 1!”. Infeliz realidade em que os usuários e suas histórias ocupam lugar secundário, diante da necessidade de cada gestão de afirmar a sua competência técnico-científica.

Após alguns meses do início das atividades do “novo” serviço, iniciamos novamente contato a fim de prosseguir a pesquisa. Ainda que já houvesse sido aprovada pelos comitês de ética da PUC-SP e da Secretaria Municipal de Saúde e contasse com todos os documentos e autorizações necessárias, o serviço apresentou grande resistência à aproximação da pesquisa, argumentando que era um “outro” serviço e seriam necessárias novas autorizações. Um novo documento foi expedido pelo superintendente da Autarquia Hospitalar Municipal, para que a pesquisa desse seguimento.

Assim como no SAID, os caminhos percorridos foram:

- a) Entrevistas com o diretor da instituição, para compreender o funcionamento do serviço, os fluxos de internações que recebiam e as perspectivas metodológicas utilizadas.
- b) Montagem, com o auxílio de tabelas fornecidas pelo serviço, do perfil dos internos, com dados quantitativos, relativos a idade, origem do encaminhamento, dias de internação, diagnóstico e tipo de internação (voluntária/involuntária/compulsória).
- c) Consulta a todos os ofícios recebidos e expedidos do e para o Poder Judiciário (do período de abril a outubro de 2013), em relação a adolescentes internados, o que possibilitou identificar algumas demandas recebidas por essa via.
- d) Consulta a dois prontuários, indicados por profissionais do serviço como de usuários que haviam permanecido longo tempo na instituição, nomeados “casos problemáticos”.

Diversas dificuldades foram encontradas, especialmente na burocratização do serviço para a consulta das informações, assim como na escassez de tempo disponível, já que o prazo de encerramento pesquisa achava-se muito próximo.

Também, e assim como no SAID, muitas vezes os documentos presentes nos prontuários tinham poucas informações sobre a história familiar ou institucional do jovem, dificultando ou impossibilitando a recomposição da sua trajetória de vida. Essa escassez, assim como a separação dos documentos relacionados ao Poder Judiciário, demarca a fragmentação de informações, ficando o prontuário centrado nas análises fisiológicas e comportamentais dos usuários, conforme será analisado no Capítulo 4.

Com os dados sobre as internações, elaboraram-se tabelas que pudessem dar visibilidade ao perfil de atendimento do serviço (idade, serviço de origem, diagnóstico, tipo de internação), em ambas as gestões, chamando a atenção para os fluxos e circuitos institucionais percorridos pelos adolescentes, as formas como entram na internação e como se dá a desinternação. Após a consulta aos prontuários elaborou-se uma narrativa para cada jovem, buscando a construção de uma trajetória do adolescente, com alguns dados da história de vida e dos percursos institucionais. Dessa forma, pode-se vislumbrar alguns circuitos que percorrem e que acionam a internação psiquiátrica. Três dessas trajetórias, eleitas como situações paradigmáticas de análise, serão narradas no Capítulo 4.

Somados aos dados produzidos na vigência da pesquisa, farei referência, também, a diários de campo de trabalho, resgatados do período de trabalho com as crianças e adolescentes na rua. Essas breves narrativas me permitiram introduzir algum colorido na brancura dos papéis dos prontuários ou das paredes brancas do hospital, abrindo caminhos para uma outra narrativa sobre esses jovens, para suas angústias, sofrimentos, para a sua resiliência. Coincidentemente – ou não – alguns dos adolescentes que citarei nas narrativas do diário de trabalho são os mesmo que encontrei, descritos em frias linhas dos registros institucionais.

Capítulo 2:

O psi e o jurídico: periculosidades e internação compulsória

Nesse capítulo discutiremos as alianças entre a Justiça e a Medicina, representada na especialidade da Psiquiatria, que, valendo-se da construção e da manutenção da noção de periculosidade social, instaura e perpetua aparatos jurídicos e práticas assistenciais de enclausuramento e captura dos indivíduos desviantes e indesejáveis. Nesse contexto, a “internação compulsória” é o mecanismo médico-jurídico que permanece constante ao longo da história das legislações e que incorpora de forma paradigmática as funções de controle social da internação. Nas relações das políticas de saúde mental com os temas ligados às drogas, veremos como a droga é um dispositivo que aciona na atualidade o mecanismo da internação compulsória.

2.1 A emergência da noção de periculosidade: das *lettres de cachet* à internação compulsória

É um monstro de libertinagem e de impiedade (...) Usuário de todos os vícios: tratante, indócil, impetuoso, violento, capaz de atentar contra a vida de seu próprio pai com intenção deliberada (...) sempre de sociedade com mulheres do nível mais baixo de prostituição. Tudo o que se lhe apresenta de suas vigarices e de seus desregramentos não causa nenhuma impressão em seu coração; ele só responde através de um sorriso de celerado que faz conhecer sua insensibilidade, e ocasiona apreender que ele seja incurável. (Foucault, 2003).

A súplica refere-se a um pedido de internamento de um jovem “devasso” e “mau filho”, relatado por Foucault, em *A vida dos homens infames* (2003), compilação de breves relatos encontrados em arquivos do internamento, da polícia, das petições ao rei e das cartas régias com ordem de prisão e datados do período de 1660-1760. As notícias e breves narrativas que reúne nesse material insinuam um novo estatuto relegado às desordens cotidianas que as petições e *lettres de cachet* instauram. Substituindo o trato religioso, calcado na confissão secreta e no perdão, esses conflitos, irregularidades e perturbações começarão a ser investigados, examinados, documentados, transformados em arquivos e dossiês.

Solicitadas por familiares, vizinhos, ou mesmo padres, os pedidos buscavam chegar aos ouvidos do rei, por fora das vias da justiça existentes, e suplicar pela prisão ou internamento de um indivíduo causador de males: “esposos injuriados ou

espancados, fortuna dilapidada, conflitos de interesse, jovens indóceis, vigarices ou bebedeiras, e todas as pequenas desordens de conduta” (Foucault, 2003). As *lettres de cachet* eram pedidos dirigidos ao rei de prisão-internamento que davam início a um processo de investigação pela força policial, que reunia os elementos, testemunhos e provas que comprovassem as desordens, indicando a procedência do pedido. Na sua maioria motivadas por situações envolvendo violência entre casais, vagabundagem e conflitos intergeracionais de segmentos pobres da população, cerca de 10% a 15% da demanda dos pedidos era por internação por loucura (Foucault e Farge, 1982).

Mas, alerta Foucault, não é como arbítrio real que ele inaugura todo esse processo de investigação do cotidiano. Em vez disso, por esse mecanismo cada um pode dispor do enorme poder do rei em prol de seus interesses.

A intervenção de um poder político sem limites na relação cotidiana torna-se, assim, não somente aceitável e familiar, mas profundamente almejada, não sem se tornar, por isso mesmo, o tema de um medo generalizado. Não há por que se surpreender com essa tendência que, pouco a pouco, abriu as relações de pertinência ou de dependência tradicionalmente ligadas à família, para os controles administrativos e políticos. (Foucault, 2003).

Assim, as pequenas fendas do cotidiano, em seus insignificantes excessos, disparates e vícios expõem suas intimidades, a pedido dos próprios envolvidos, à influencia de um poder externo que, transformando em discurso essa série de testemunhos, converterá os pequenos desvios do cotidiano em inquéritos e decisões administrativas, sob a égide do poder soberano. Se o poder político já atinge os corpos dos súditos na sua rotina diária e nos seus pequenos gestos e condutas, ele o faz desde o choque brutal com a figura do soberano. É ainda um momento incipiente que não comporta os elementos da distribuição de poderes da justiça, polícia, medicina e a psiquiatria.

É somente em no início do século XIX que esse escrutínio das vontades e detalhes do cotidiano ampliará sua presença nos tribunais, agora com o amparo da recente medicina mental, localizada na figura do perito. A justiça convocará a medicina a responder, no entanto, a respeito de casos que apresentam perfil semelhante: envolvem delitos graves, acompanhados muitas vezes de aspectos cruéis e raros; acontecem no cenário doméstico; não apresentam sintomas tradicionais ou indicativos da presença da loucura; são crimes sem razão, sem motivos (Foucault, 2006). São crimes loucos, ou loucuras cujo único sintoma seria o crime, o que a psiquiatria chamou monomania. É no lugar de peritos que os psiquiatras têm as portas do sistema de justiça abertas, e onde produzirão discursos médicos em relação

a casos em que não há motivação clara para o crime, e a justiça vê um impasse na definição da imputabilidade do réu.

No entanto, se Pinel e os predecessores dos peritos do século XIX haviam custado tanto a distinguir os loucos dos criminosos, ao instituir os manicômios como lugares próprios da doença mental, não se buscava novamente indiscernir essas figuras. Constituindo-se no campo da higiene pública, a aproximação da psiquiatria com o poder judiciário legitimava-a como dispositivo de proteção do corpo social¹³, por meio da associação da loucura com o perigo social (Foucault, 2006).

Até então, os códigos previam essa distinção excludente, como previsto no Código Penal francês de 1810, em seu artigo 64. O perito averiguava se o imputado estava em estado de demência¹⁴ quando do ato, preocupado com a avaliação de seu estatuto enquanto sujeito de direitos, sua condição de exercer seus direitos fundamentais (Foucault, 2010). Esse código demarcava uma série de dicotomias: doença-responsabilidade, causalidade patológica e liberdade do sujeito jurídico, terapêutica e punição, medicina e penalidade, entre hospital e prisão (Foucault, 2006, p. 27). Funcionava, portanto, sob um princípio de “porta giratória”: quando a medicina identifica o patológico, a instituição judiciária sai de cena, perde sua competência para tratar o caso. Com o desenvolvimento da prática dos exames psiquiátricos, o sistema de justiça passa a deslocar seu poder punitivo do ato-crime ao sujeito criminoso.

A lei francesa de 1838, marca a consolidação da psiquiatria enquanto campo específico de saber e práticas, e como especialidade da medicina, ao mesmo tempo que sela de forma decisiva as relações entre a medicina mental e a justiça. Anteriormente a essa lei, os meios para a internação de alguém eram: a internação pura e simples em nome do poder paterno, mas cujo estatuto jurídico era duvidoso; ou ainda, o lento procedimento judiciário da interdição, instaurado após reunião de conselho da família. Com a Lei 1838, as formas de internamento são: “voluntária”, isto é, independente do consentimento do paciente, mas com o consentimento da família e autorizada por um atestado médico; e *ex-officio*, internação em estabelecimento destinado a doentes mentais, feita a pedido da administração prefetoral,

¹³ “O ‘corpo’ social deixa de ser uma simples metáfora jurídico-política (como a que encontramos no *Leviatã*) para surgir como uma realidade biológica e um campo de intervenção médica”. (Foucault, 2006, p. 9).

¹⁴ Para isso, valiam-se das categorias recentes e ainda frágeis no âmbito médico, de monomania, furor, debilidade mental e demência.

acompanhada (sem estar condicionada a) de um atestado médico que precede a decisão. Ainda que os médicos discordem da internação, ela será mantida.

A novidade da internação *ex-officio* é a definição de uma nova ordem de demandas para a psiquiatria: a internação deve ser em função do estado de alienação do indivíduo, mas tal estado deve ser capaz de comprometer a ordem pública (Foucault, 2010).

Com a internação *ex-officio*, no fundo, a própria administração efetuou, e de fato, essa síntese entre perigo e loucura que a monomania, outrora, devia demonstrar teoricamente. Ela efetua essa síntese entre perigo e loucura não simplesmente a propósito de alguns casos, de alguns sujeitos excepcionais e monstruosos; ela a efetua para todos os indivíduos que são enviados em internação. (Foucault, 2010, p. 121).

Reorganizam-se as regras de poder para o ato da internação. Não é mais necessário o pedido ou a autorização da família; ela vai se encontrar subordinada ao poder da administração judiciária e pública e diretamente ligada ao saber e poder médicos. O psiquiatra se torna “agente dos perigos intrafamiliares” (idem) na sua cotidianidade, psiquiatrizando uma série de condutas, perturbações, desordens, ameaças e perigos no seio familiar.

A institucionalização das modalidades de internação *ex-officio* e “voluntária” contempla as exigências que essa composição desenhava: a promessa de que a medicina operasse de forma preventiva, evitando a entrada no sistema penitenciário mas resguardando a proteção da ordem pública, ao determinar a reclusão do autor do crime em regime fechado, em confinamento obrigatória sob sua tutela (Castel, 1977).

O confinamento *ex-officio* prepara a possibilidade de um internamento rápido, tão eficaz e imperativo quanto o isolamento penal. Mas ele apresenta a vantagem suplementar de poder intervir antes que um ato delituoso seja cometido, antes também que um julgamento de interdição seja emitido, como era em princípio exigido nos casos de loucura, antes da lei de 1838. Um certificado médico, homologado pela autoridade prefetoral e controlado pela possibilidade de uma inspeção judiciária, vai poder detectar estados *potencialmente* perigosos. (Castel, 1977, p. 275, grifos do autor).

Abrem-se, portanto, as portas do hospital psiquiátrico às demandas do poder judiciário e institui-se um fluxo entre essas instâncias. A duração da medida e a possibilidade da saída ficam subordinadas a uma dupla via: a constatação médica de cura, retificada pelo aval da autoridade judicial.

A facilidade de manobra que a medicina mental alcança nesta época fica pois bem firmemente circunscrita no quadro de um mandato social preciso. É uma

delegação de poder que recebe para administrar, em compatibilidade total com as normas dominantes, um setor particularmente difícil no domínio do que se chama hoje a "desviância". Disso resta que a sanção que ameaça alguns destes "desviantes" se desdobra. De um lado o aparelho da justiça penal que domina a sombra da guilhotina. Do outro, o isolamento médico e a sombra do asilo. (Castel, 1977, p. 275).

Após a Lei de 1838, o lugar de exame que ocupa o psiquiatra não mais funciona como exclusão entre os discursos médicos e jurídicos, da divisória entre criminoso e louco. As relações entre esses âmbitos passam a operar muito mais como um continuum médico-judiciário. A dupla qualificação médica e judiciária, que toma o domínio da perversidade com centralidade, permite uma coordenação entre categorias jurídicas relativas à culpa e categorias médicas referentes aos traços de um indivíduo doente. O exame, portanto, "permite estabelecer ou, em todo caso, justificar a existência de uma espécie de continuum protetor através de todo o corpo social, que irá da instância médica de cura à instituição penal" (Foucault, 2010, p. 29).

A figura do "indivíduo perigoso", nem precisamente doente nem exatamente criminoso, protagonizará os arranjos desse novo desenho institucional (Foucault, 2010). A função de proteção do corpo social sedimentará sob a forma da periculosidade da loucura o seu ponto de apoio para absorção dos seus representantes nas estruturas psiquiátricas. A segregação só terá sua legitimidade quando da sustentação da periculosidade do doente. Como veremos, a noção de periculosidade social, reafirmada pelas articulações entre a Justiça e a Psiquiatria, foi essencial aos processos de criminalização e medicalização do consumo de drogas ao longo do século XX no Brasil, sobrevivendo até os dias atuais, a despeito das profundas transformações nos paradigmas da saúde mental.

2.2 Da periculosidade social à responsabilidade sanitária: reforma psiquiátrica e a Lei 10.216

No Brasil, a preocupação com a situação dos loucos nas cidades ganha importância apenas no século XIX, quando o crescimento demográfico urbano intensificava a demanda por espaços sociais próprios para reclusão e tratamento. Seus internos eram, preferencialmente, miseráveis, camponeses, desempregados, índios, negros, indesejáveis de uma forma geral, que habitavam as ruas e eram encontrados nas prisões, casas de correção, asilo de mendigos e os porões das santas casas de misericórdia (Amarante, 2010).

A primeira metade do século XX traz as primeiras legislações específicas. Com a abertura do primeiro manicômio, o Hospício Dom Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1852, a medicina mental reivindicava a sua especialidade na assistência a essa população, culminando na primeira legislação específica. O Decreto 1.132 de 22 de dezembro de 1903 (Brasil, 1903), que reorganiza a assistência a alienados, institui a primeira legislação nacional que aborda o atendimento aos doentes mentais, com clara influência da lei francesa de 1838.

Inaugurando o marco legal da separação dos alienados dos criminosos comuns e a proibição de sua permanência em prisões comuns, o Decreto estabelece as condições para a internação, regulamenta a alta, a interdição aos doentes. Assumindo o estatuto de periculosidade do louco, evidencia a preocupação com a proteção da ordem pública, conferindo à autoridade pública o poder de recolher a pessoa para obter a comprovação de sua alienação posteriormente (Brito, 2004).

No contexto da expansão do espaço asilar, até a década de 20, com a criação de estruturas de internamento de indigentes e Manicômios Judiciários¹⁵ e da proeminência da psiquiatria brasileira, ao toxicômano, aos loucos, ociosos, mendicantes e indesejáveis de toda ordem era atribuído o estatuto de periculosidade, restando-lhe o confinamento, seja na prisão ou no manicômio. O surgimento da Liga Brasileira de Higiene Mental, em 1923, alçava a elite da psiquiatria brasileira à sua influência sobre a assistência psiquiátrica e, posteriormente, sobre as diretrizes de higienismo social, marcados pelas tendências eugênicas¹⁶.

O regime republicano atravessava período de turbulências: abolição da escravidão; imigração europeia, migração dos camponeses e antigos escravos para as cidades, tensionando os conflitos sociais e colocando em questão o próprio regime. A eugenia, nesse contexto, era ideologicamente interessante, pois tirava a responsabilidade das elites e relegava ao povo e à “natureza constitutiva” do Estado brasileiro, ao clima tropical e à constituição étnica do povo as mazelas da sociedade. Legitimando o racismo no campo científico, negros e mestiços eram os alvos das campanhas de melhoria progressiva da raça e embraquecimento. Ao voltar suas

¹⁵ Havia sido inaugurados duas colônias na Ilha do Galeão (atual Ilha do Governador, no Rio de Janeiro), para o tratamento de alienados indigentes do sexo masculino; as colônias do Juquery em São Paulo; a de Vargem Alegre, no interior do Estado do Rio; a Colônia de Alienados do Engenho de Dentro (1911), para mulheres indigentes; e iniciadas as obras da Colônia de Alienados de Jacarepaguá e as do Manicômio Judiciário.

¹⁶ Estudo dos efeitos físicos e culturais da miscigenação das raças e dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física como mentalmente (Costa, 2007).

atenções aos cuidados eugênicos da “raça brasileira”, a psiquiatria expandia suas fronteiras e o terreno social de sua intervenção (Costa, 2007).

No âmbito da assistência psiquiátrica, o Decreto 24.559 de 1934 (Brasil, 1934) ampliava a categoria de doença mental, passando esta a abranger também os “predispostos a doenças mentais”, buscando o reconhecimento da vocação profilática da psiquiatria. Dessa forma, a psiquiatria expandia seu controle sobre a doença mental, instituindo seu campo de atuação preventivo e fora dos muros da internação (Brito, 2004). O decreto trazia também a obrigação de manter as “crianças anormais” em estabelecimentos específicos, e determinava que os hospitais psiquiátricos deveriam comportar estabelecimentos abertos e fechados ou mistos.

A segunda metade do século XX foi marcada por movimentos que questionam os alicerces científicos, assistenciais e políticos das políticas de saúde e de saúde mental, como é o caso da Psiquiatria Comunitária nos EUA, a Psiquiatria de Setor¹⁷ na França e a Psiquiatria Democrática na Itália. Na Itália, a Lei 180, promulgada em 1978 (Itália, 1978), e conhecida como “Lei Basaglia” em homenagem ao psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980) que a inspirou, previa a proibição de construção de manicômios, e determinava o esvaziamento dos leitos existentes, a constituição de serviços territoriais responsáveis pela assistência e a suspensão do estatuto de periculosidade ao qual era relegado o doente mental.

A noção de periculosidade, que havia subsistido como fundamento das regulamentações e práticas referentes à saúde mental até a segunda metade do século XX, passa a ser desconstruída, em prol de reformulações que privilegiavam a condição de cidadania do louco e as práticas de desinstitucionalização da loucura, buscando o rompimento da lógica punitiva do funcionamento manicomial (Barros, 2010). Trazem consigo essas reformulações o privilégio da autonomia do usuário como norte da intervenção terapêutica, a fim de que as tradicionais práticas de segregação e sujeição possam dar lugar à ações que visem o exercício da cidadania e a garantia de seus direitos fundamentais.

Os preceitos ético-políticos da Psiquiatria Democrática, concretizados sob a forma da Lei Basaglia, alteravam a lógica da estrutura clínica e assistencial do cuidado aos loucos, por meio da estratégia da desinstitucionalização. Desconstruindo a noção de doença mental como o objeto de atenção da psiquiatria, fortalece-se a

¹⁷ Referente ao movimento francês que previa a responsabilização regionalizada pelo cuidado em saúde, e a multiplicação das instituições e das disciplinas envolvidas no processo.

compreensão da dimensão do sofrimento e da emancipação das condições de vida como processo central nos cuidados em saúde. Dois pilares fundamentais do processo: a noção de território, que rompe a lógica espacial do manicômio como lugar da loucura, regionalizando o cuidado e introduzindo a loucura nas tramas da cidade, e a desvinculação do estatuto de periculosidade do louco, o que reformulava radicalmente os encargos da psiquiatria de proteção do corpo social¹⁸ (Barros, 1994). Assim, o sofrimento psíquico é estabelecido como competência exclusiva da saúde, transformando o lugar do aparato judiciário na gestão das internações psiquiátricas.

A lei previa o Tratamento Sanitário Obrigatório (TSO), medida imposta por decreto do prefeito, como autoridade sanitária local, sob parecer de um médico e ratificada por um juiz, em casos em que a assistência é recusada e entende-se que as alterações psíquicas requerem intervenções terapêuticas urgentes¹⁹. A medida teria duração máxima de sete dias²⁰, podendo ser realizada em qualquer serviços sanitário territorial, incluindo a própria casa do usuário, ou com internação, de acordo com o que se considere como oportuno²¹.

A aplicação do TSO deve ser feita (art. 2º) “respeitando-se a dignidade da pessoa e os direitos civis e políticos garantidos pela constituição, compreendido na medida do possível o direito à livre escolha do médico e do local de tratamento” (Itália, 1978) e dispunha que TSOs “devem ser acompanhados de iniciativas voltadas a assegurar o consenso e a participação de quem é a estes submetido” (parágrafo 5), e que tanto os usuários como outros interessados podiam recorrer da medida.

Parte-se de um pressuposto de responsabilidade terapêutica do serviço que deve conviver com a liberdade e responsabilidade dos usuários. Acredita-se que o tratamento obrigatório seja um limite, contribuindo para desenvolver uma experiência negativa que se interpõe à compreensão das motivações que levaram à crise e das possíveis soluções que venham a dirimi-la. (Barros, 1994, p. 112).

¹⁸ Quando Basaglia assumiu o cargo de diretor do hospital psiquiátrico de San Giovanni, em Trieste, havia 1.101 pessoas internadas, das quais 943 eram internações compulsórias e 158 voluntárias (Barros, 1994).

¹⁹ Em Trieste, na época com cerca de 267 mil habitantes, foram realizados 47 Tratamentos Sanitários Obrigatórios entre 1978 e 1988, indicando a excepcionalidade com que a medida foi utilizada após a sua instituição por lei (Barros, 1994).

²⁰ Sendo necessário um pedido médico justificado para que haja a determinação judicial da manutenção para além desse período.

²¹ Há uma distinção para o Accertamento [Controle] Sanitario Obbligatorio, previsto no art. 33, quando é realizada visita médica a usuário da saúde mental em crise e avaliada a necessidade de *internação domiciliar*, o que deve ser requerido frente ao juiz; e o Tratamento Sanitário Obrigatório, quando o paciente é removido necessariamente para uma estrutura da assistência em saúde, também com ordem judicial.

O TSO, portanto, é incorporado pela Lei Basaglia como instrumento de garantia dos direitos do cidadão durante o tratamento, tendo o prefeito a responsabilidade pelos cuidados em saúde do usuário e o poder judiciário a função de garantir seus direitos e controlar os excessos do sistema de saúde e a impedir a utilização da internação como asilamento ou segregação social.

Concretamente, a lei responsabiliza o prefeito, enquanto representante político, e não mais o juiz pela supervisão dos tratamentos sanitários obrigatórios e pela qualidade da assistência prestada. Desta forma a tutela da sociedade transforma-se em responsabilidade política na organização dos serviços e não mais fundamento da formação de guetos de doentes. (Basaglia e Giannichedda, 1979, apud Barros, 1994, p. 129).

Estabelecendo-se o princípio de que os tratamentos são voluntários, inverte-se a lógica vigente até então, segundo a qual a identificação da doença mental vinha acompanhada de sua necessária medida de reclusão (Basaglia, 2005). “O objeto não é mais, como nas velhas normas, a determinação dos limites da doença e a identificação de suas categorias, mas sim o tratamento da doença, e é sobre as formas e as razões desse tratamento que a lei intervém” (Idem, p. 318). Ainda que reconhecida a insuficiência em si mesma, enquanto lei, para a descriminalização do louco, ela promove uma alteração na composição da psiquiatria e da justiça: a responsabilidade pela assistência passa a ser estritamente sanitária, perdendo a justiça o poder de sobrepor-se aos critérios diagnósticos na decisão da internação (Basaglia, 2005)²².

Influenciados pelos movimentos críticos europeus, em especial a Psiquiatria Democrática, a década de 80 no Brasil é marcada pelo fortalecimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e pelo movimento pela Reforma Sanitária²³. No contexto da democratização do país, a Constituição de 1988 inclui a saúde como direito universal, descentralizado e inaugurando o controle social participativo como instância presente na sua formulação. Da mesma forma, a Constituição dá origem ao

²² Atualmente, estão em discussão na Itália alterações na Lei Basaglia, pelo Projeto de Lei Cicioli, que reassume a internação psiquiátrica no atendimento em saúde mental e altera as condições de involuntariedade. Um dos principais temas da proposta é a substituição do Tratamento Sanitário Obrigatório pelo Tratamento Sanitário Necessário, possibilitando a internação prolongada, sem o consentimento do usuário, por até doze meses consecutivos. Dell’Aqua (2010) argumenta que a proposta subtrai o estatuto de cidadão do usuário de saúde mental, reativando os dispositivos legais de associação da loucura à periculosidade e à consequente necessidade de contenção. Distingue os termos “obrigatório”, que implica o reconhecimento do usuário como sujeito, indicando um processo de negociação no tratamento; e “necessário”, da ordem da imposição e da objetificação do usuário.

²³ A Reforma Sanitária tinha como principais ideias-força a construção da saúde como direito universal, o estabelecimento de sua gestão social democrática, a reconceitualização do tradicional modelo saúde-doença, incorporando a perspectiva de atenção integral às necessidades em saúde, novos modelos da divisão de trabalho na saúde, incluindo o protagonismo do usuário na sua construção (Feuerwerker, 2005).

Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), fundando ordenamento pautado na noção de sujeito de direitos, em contraposição ao estatuto da situação irregular do então vigente Código de Menores. Na área da Saúde Mental, desdobram-se experiências de desinstitucionalização, como as realizadas no município de Santos, guiadas pela ruptura com o modelo hospitalocêntrico e a criação de práticas territoriais de assistência (Amarante, 2010).

Nesse contexto, surge em 1989 o Projeto de Lei 3.657 (Brasil, 1989), que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação compulsória. A sua proposição alavancou os debates em torno das necessidades de transformação na assistência psiquiátrica, que tinha na época 95% dos seus investimentos na rede hospitalar, trazendo à tona questões em torno da conjunção da internação involuntária e o Estado Democrático de Direito (Delgado, 2011).

O projeto, sucinto, dedicava um de seus três artigos à internação compulsória, indicando:

Artigo 3º - A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 horas, à autoridade judiciária local, preferentemente à Defensoria Pública, quando houver.

§ 1º - Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela sem o expresso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

§ 2º - Compete ao Defensor Público (ou outra autoridade judicial designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente e emitir parecer em 24 horas sobre a legalidade da internação.

§ 3º - A Defensoria Pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá à auditoria periódica dos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de sequestro ilegal e zelar pelos direitos do cidadão internado. (Brasil, 1989).

O texto explicita a influência da lei basagliana, na qual a justiça passa a ter como função a proteção aos direitos dos usuários, em detrimento da histórica legitimação e imposição de medidas restritivas de liberdade. A Defensoria Pública, que havia sido instituída na Constituição Federal de 1988²⁴, responsabilizando o Estado à prestação

²⁴ A Constituição Federal de 1988 incumbe a Defensoria Pública da “orientação jurídica e a defesa, em todos os graus, dos necessitados” (Brasil, 1988), conferindo-a papel de agente político de transformação social. Nessa época, existia apenas a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, p. 30

de assistência jurídica aos segmentos pobres e vulneráveis da sociedade, é reafirmada na sua vocação de proteção e defesa de direitos.

Em decorrência do intenso debate legislativo, foram apresentados, nos anos seguintes, diversos textos substitutivos, até a sua aprovação em 2001, como Lei 10.216 (Brasil, 2001). Delgado (2011) identifica, nessas propostas, duas tendências. A primeira descaracterizava as mudanças no modelo de atenção do projeto original, restaurando o modelo hospitalocêntrico e biomédico de cuidado, tendo o apoio das corporações médicas e das entidades representantes dos hospitais psiquiátricos. Essa tendência entendia o controle das internações involuntárias subordinado exclusivamente à perícia psiquiátrica. A segunda, expressava tendências jurídicas conservadoras, onde o tratamento do usuário da saúde mental era tomado como uma medida do “devido processo legal”, indicando a judicialização do cuidado.

Fruto das negociações ao longo de mais de dez anos são as alterações resultantes no texto aprovado, a Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A legislação regulamenta a proteção dos direitos dos usuários, prevenindo a discriminação e as violações de direitos quando da internação psiquiátrica, incorporando, dessa forma, os Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, instituído pela ONU em 1991 (ONU, 1991). Proíbe a internação em instituições com características asilares, determina a multidisciplinariedade dos atendimentos e orienta o redirecionamento do modelo de atenção aos serviços extra-hospitalares e ambulatoriais. Traz, portanto, rupturas profundas com os parâmetros legais anteriores e um amplo campo de possibilidades de transformações das políticas em saúde mental. É, por outro lado, mais ambíguo no que se refere à existência dos hospitais psiquiátricos que o projeto que lhe deu origem.

Quanto às relações com o poder judiciário e as funções que este assume, foi incluída a notificação obrigatória das internações involuntárias ao Ministério Público, conferindo a esse órgão a função de fiscalizar os sequestros ilegítimos. Retirado da redação final da lei, o seguinte parágrafo presente no Projeto substitutivo do Senador Sebastião Rocha, o Parecer n. 43 de 1999 (Brasil, 1999), agregava às competências do

instaurada em 1897. Processo longo e que conta com a pressão de movimentos pró-Defensoria, a implantação nos demais Estados brasileiros ainda não foi concluída.

Ministério Público a convocação de equipe revisora multiprofissional de saúde mental²⁵:

1º) O Ministério Público, *ex-officio*, atendendo denúncia, ou por solicitação familiar ou do representante legal do paciente, poderá designar equipe revisora multiprofissional de saúde mental, da qual necessariamente deverá fazer parte um profissional médico preferencialmente psiquiatra, a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação daquela internação involuntária. (Brasil, 1999).

A Defensoria Pública, presente no PL de 1989 é substituída pelo Ministério Público, que, todavia, não assume similar função de defesa integral dos direitos do usuário. Alertam Campos e Frasseto (s/d) que a eficácia da notificação ao MP é restrita e, ainda, não garante o direito do usuário internado involuntariamente de “apelar a um tribunal superior contra a decisão de admiti-lo ou retê-lo em um estabelecimento de saúde mental”, conforme estabelecido pela normativa internacional da Resolução da ONU:

§1. O usuário terá o direito de escolher e nomear um advogado para representá-lo como tal, incluindo a representação em qualquer procedimento de queixa e apelação. Se o usuário não puder garantir tais serviços, colocará-se um advogado a sua disposição, gratuitamente, enquanto perdurar sua carência de meios de pagamento. (...)

§3. O usuário e seu advogado podem requerer e produzir, em qualquer audiência, um relatório de saúde mental independente e quaisquer outros relatórios e provas orais, escritas e outras evidências que sejam relevantes e admissíveis. (ONU, 1991).

Advogavam os autores a notificação das internações involuntárias tanto ao Ministério Público, cuja incumbência é a de fiscalizar a legalidade formal da medida e suas condições, quanto à Defensoria Pública, como órgão destinado a representar os interesses do usuário e seu direito à ter opinião nas decisões que lhe afetam e a ter a internação como medida excepcional e breve²⁶. Dessa forma, o sistema de Justiça passa à posição de garantidor de direitos dos usuários de saúde mental, diante de sua limitação imposta por medidas em nome da proteção social ou, como historicamente

²⁵ Medida em consonância com o Princípio 17, parágrafo 1, da Resolução da ONU: “O organismo de revisão será um órgão judicial ou outro organismo independente e imparcial estabelecido pelo direito interno e que funcione em conformidade com os procedimentos prescritos pela legislação interna. Na formulação das suas decisões, será assistido por um ou mais profissionais de saúde mental qualificados e independentes e terá em conta as suas opiniões.” (ONU, 1991).

²⁶ Apesar de claramente alinhado aos preceitos fundadores da instituição e sua vocação de garantia de direitos, não é consenso a legitimidade da Defensoria Pública para defender usuários de drogas internados, com base em sua condição *hipossuficiente*. Exemplo é a abertura de sindicância para averiguar a legalidade da atuação de defensora pública em caso de usuário de clínica de recuperação, em que sua função centrava-se na defesa de seus direitos no questionamento da internação.

vem sendo argumentado, em nome de seu próprio bem e tratamento (Campos e Frassetto, s/d).

Vemos que historicamente a interface da psiquiatria e da justiça operou formas de legitimação dos dispositivos de tratamentos cuja função instituía-se no marco da proteção do corpo social, seja pela aferição de periculosidade (declaração de inimputabilidade, aplicação de medidas restritivas), seja pela declaração de incapacidade (interdição, perda das capacidades civil) (Campos e Frassetto, s/d). A inauguração dos novos ordenamentos jurídicos pautados no sujeito de direito e garantia de direitos básicos e inalienáveis, como a Constituição e a Lei da Reforma Psiquiátrica, marcam a inserção do louco como sujeito de direitos, pressupondo um sistema de justiça que reconheça seu estatuto.

Assim, se de um lado a Justiça vem contribuindo para reafirmar os princípios da reforma psiquiátrica, subsiste ainda viva e renovada sua tendência de oficializar incapacidades e cristalizar periculosidades dos sujeitos classificados como doentes, impondo a hospitalização como a melhor solução para muitos casos em que o problema de fundo é social, de segurança pública, ou seja, totalmente desvinculado daquilo que deve ser: estratégia transitória e excepcional utilizada a serviço do tratamento. (Idem, p. 5).

Atualmente, as principais demandas que vêm recolocando as articulações entre o campo da justiça e o campo da saúde mental estão associadas ao tratamento e cuidado de usuários de drogas. Seja sob a forma de recolhimento compulsório nas vias públicas ou como compulsoriedade nas internações, a questão das drogas vem renovando as tensões em torno da periculosidade social e da garantia de direitos dos sujeitos.

2.3 O uso de drogas como perigo social: novas compulsoriedades

A entrada no século XX tem nos EUA um dos principais atores políticos que impulsiona o proibicionismo, culminando na Convenção de Haia, em 1914, primeiro tratado internacional que estabeleceu controle sobre a venda de ópio, morfina, heroína e cocaína. Ressalte-se que o uso dessas substâncias não era proibido, mas ficava condicionado às indicações e regulamentação médica. Em um contexto da “invasão farmacêutica” (Vargas, 2008), com a proliferação das substâncias de uso terapêutico, as legislações que foram regulamentando o controle dessas substâncias ao mesmo tempo que tipificavam os crimes relacionados ao consumo e ao comércio, reafirmavam o lugar da medicina no seu controle.

Se eram os médicos aqueles que prescreviam as doses “legalmente” concedidas, por outro lado, o uso “ilegal” inaugurava a categoria da toxicomania, que atualizava a figura do doente perigoso, sendo sua administração também delegada às composições entre a autoridade policial e a medicina. A figura jurídica do toxicômano, assim como da internação compulsória como tratamento/pena, aparece pela primeira vez no Decreto 4.294 de 1921 (Brasil, 1921), elaborado a partir de uma comissão de juristas, médicos (dentre eles o diretor de assistência a alienados Juliano Moreira) e autoridades policiais (Fiore, 2006).

O decreto punia com prisão a venda de ópio e seus derivados e de cocaína, e estabelecia a internação compulsória, de três meses a um ano. Em relação à embriaguez, discriminava a *embriaguez escandalosa*, sujeita a pena de prisão, da *embriaguez por hábito*, aquela que acarretasse atos nocivos “a Si próprio, a outrem, ou à ordem publica”, que era punida com internação compulsória em “estabelecimento correccional adequado” (Brasil, 1921).

O mesmo decreto regulamentava a criação de um serviço especializado, o Sanatório para Toxicômanos, dividido em duas seções, uma destinada às internações voluntárias e outra ao internamento judiciário, no qual o exame de sanidade avaliava a urgência da internação, “*para evitar a pratica de actos criminosos ou a completa perdição moral*” (Decreto 14.969 de 03/09/1921). Dessa forma, “a pena de internação congregava, fundia em uma mesma medida a proposta de um ‘tratamento médico e correccional’, associando objetivos terapêuticos e punitivos” (Silva, 2013).

O discurso médico da época, no que diz respeito ao uso de drogas, é fundamentado nas concepções morais, raciais e eugênicas dominantes, e seus usuários os “degenerados especiais”, “enfermos da vontade”. Descrevem-nos os psiquiatras Dr. Pernambuco Filho e Dr. Adauto Botelho (ligados ao Sanatório de Botafogo, especializado em toxicômanos):

Os toxicomanos formam uma verdadeira raça intelectual a parte, com uma degeneração psychica especial; falsos nas suas promessas, mentirósos inteligentes e por calculo, degradados moraes. (Pernambuco Filho e Botelho, 1924, p. 22).

Assim como nos EUA, onde os negros, chineses e mexicanos eram os principais segmentos sociais e raciais visados pelas políticas proibicionistas, também no Brasil a

associação da maconha aos negros²⁷ respondia ao ideário eugênico e às demandas sociais de controle dos africanos libertos (Fiore, 2006). Em 1932, a maconha, substância associada às classes baixas, negros, mulatos e infratores, tem sua proibição definitiva no país²⁸, expressando a necessidade de controle sobre a população negra, escrava ou liberta.

O intolerável do alcoolismo e da toxicomania era sua associação às classes populares, à vadiagem, à ociosidade, à prostituição e todo tipo de escória da sociedade. A análise de estatísticas que detectavam a maior incidência dessas enfermidades nessas classes, principalmente entre os negros, desconsiderava a reflexão sobre as condições de vida dessa parcela da população e era utilizada para inferir a existência de um fator hereditário na transmissão dessas condições, reforçando e justificando os ideais eugênicos. (Silva, 2013).

O Decreto, de 1934, que regulamentava a assistência no campo psiquiátrico, reafirmava a necessidade da internação judicial de “indivíduos suspeitos”, toxicômanos ou aqueles que apresentassem “reações perigosas”, prevendo a instalação de estabelecimentos psiquiátricos fechado, ou alas fechadas em hospitais comuns, específicas para internações com ordem judicial (Brasil, 1934). No final da década de 30 o porte de drogas é considerado passível de prisão, ficando delegada à justiça a internação do toxicômano por tempo indeterminado em hospitais para alienados, pela Lei de Fiscalização de Entorpecentes²⁹ (Fiore, 2006). Essa legislação, diferentemente da anterior na qual o consumo de drogas era associado a desvio moral, considera a “toxicomania” ou a “intoxicação habitual” uma doença de notificação compulsória, mesmo status das doenças infecciosas. Proíbe o tratamento de toxicômanos em domicílio e estipula a internação obrigatória/judiciária, quando “for conveniente à ordem pública” (art. 29, par. 1, Decreto 891/1938).

Nas décadas de 40 e 50, apesar do Código Penal vigente criminalizar o porte da droga, há uma importante preponderância do “modelo sanitário” no trato à questão das drogas (Batista, 1997 apud Silva, 2013). Nesse contexto, o discurso psiquiátrico já sedimentava a incorporação do toxicômano como objeto de sua jurisdição, reivindicando a imposição de tratamento médico, sob a forma de internação em hospital psiquiátrico, em detrimento da reclusão no cárcere. A figura do toxicômano e

²⁷ A medicina da época associava o “vício na diamba” (termo quimbundo para designar a maconha) às origens africanas dos negros escravizados, ameaça da vingança para com seus opressores: “Dir-se-ia, dada sua origem, que a raça outr’ora captiva, trouxera bem guardado consigo para ulterior vingança, o algoz que deveria mais tarde escravizar a raça opressora” (Pernambuco Filho e Botelho, 1924, p.72).

²⁸ O Decreto 30.930, de 1932 ampliava o número de substâncias proibidas, incluindo nesse rol a maconha (Fiore, 2006).

²⁹ Decreto 891, de 1938 (Brasil, 1938).

do alcoolista, nas suas vizinhanças com a loucura e com a periculosidade, ganhava um estatuto próprio, ainda que bastante fluido, entre o âmbito médico e o penal.

A década de 60, marcada pela entrada do país em um regime de ditadura civil-militar e pela subscrição do Brasil à Convenção Única da ONU sobre Drogas (1961), que consagrava internacionalmente a repressão e a proibição como diretrizes do trato às drogas, trouxeram o endurecimento legal: criminalizava-se novamente o uso, relegando ao modelo médico um lugar secundário e “residual” da administração das questões ligadas ao consumo de drogas (Silva, 2013).

Será nos anos 70 que o processo de medicalização das drogas intensifica-se e amplia-se a ingerência da medicina na questão. A Lei de Tóxicos ou Lei de Entorpecentes (lei 6.368/1976) reafirma o entendimento do uso de drogas como doença, tornando como característica própria das substâncias ilegais seu caráter de causadora de dependência física e psíquica (Brasil, 1976). Exige que a rede de saúde crie estabelecimentos próprios para o tratamento da dependência dessas substâncias, ou adeque para esse fim estabelecimentos existentes. O número de usuários aumenta, incluindo representantes da classe média, e a tendência que se acentua são as estratégias de vigilância e prevenção, que penetram nos diversos âmbitos da sociedade: família, escola, mídia (Silva, 2013).

A medicina, na figura do perito, que decidirá se o indivíduo que porta drogas é doente passível de tratamento ou criminoso sujeito a prisão, reafirmará a mesma lógica da “seletividade penal” do sistema judiciário. Batista (2003) identifica nas décadas de 70 e 80 a centralidade que a droga passa a tomar nos processos de criminalização da infância e juventude no Rio de Janeiro. Organizando-se os circuitos ilegais de comércio das substâncias, os jovens pobres eram o principal segmento recrutado para a venda no varejo, tornando-se vulneráveis aos aparatos de repressão e controle. Sob a política de segurança nacional, aumentava-se o número de adolescentes flagrados com substâncias proibidas: aqueles considerados em situação irregular, os representantes das classes pobres, invariavelmente eram recolhidos às instituições corretivas; os jovens de classe média eram encaminhados para tratamento.

Dessa forma, ainda que as últimas décadas do século XX marcassem a preponderância da medicina na administração das questões relativas ao consumo de drogas, mantinha-se o duplo criminoso-doente, sendo seu destino regido pela lógica da seletividade penal, mesmo quando nas articulações com a medicina. Na década de

90 e início dos anos 2000, intensificam-se as ações repressivas de combate ao narcotráfico, e endurece no Brasil a “guerra às drogas” (Rodrigues, s/d). Contudo, o comércio e o consumo se mantêm em expansão indicando que a política de repressão ao tráfico objetiva mais o controle e a intervenção sobre a circulação do mercado do que a sua extinção (Malvasi, 2012).

Os efeitos do proibicionismo — e não poderia ser diferente — se expressam também nas transformações da composição das próprias substâncias e no surgimento de outras. O crack, substância que se disseminou nos anos 90 e 2000 e vem sendo alavancada como o principal inimigo pelas políticas repressivas, surgiu como fruto das políticas proibicionistas nos EUA. Com o controle estatal das substâncias de refino da cocaína (acetona e éter) no final da década de 80, a pasta-base provida dos fornecedores latinoamericanos passava a ser refinada com outros produtos, produzindo uma substância de maior poder adictivo e mais barata, que logo proliferou nas camadas mais baixas do país e, depois, na América Latina (Escohotado, 2007).

No Brasil, a nova legislação (Brasil, 2006) sobre drogas viria quase 30 anos depois da Lei de Entorpecentes, com a Lei 11.343, conhecida como Nova Lei de Drogas, que passou a vigorar em 2006. Acolhida pelos setores progressistas da sociedade com otimismo, por acentuar a distinção entre usuário e traficante, o que prometia a despenalização do usuário, seus efeitos tão logo se mostraram ao revés. Endurecendo a pena para o tráfico e não definindo a quantidade de droga que tipificaria um “usuário”, mantinha-se a brecha arbitrária para que a seletividade seguisse operando (Rodrigues, s/d). A distinção entre traficante e usuário, com fins de definição da penalização, fica a critério, na grande maioria das vezes, do agente policial, no momento do flagrante.

Resultado foi o impacto do delito de tráfico no aumento da população carcerária do país, que praticamente dobrou durante a primeira década do século XXI. Pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudo da Violência da USP sobre prisão preventiva indica que, de 2006 a 2010, o número de presos por tráfico aumentou 124% (alcançando o número de 106.491 pessoas), passando a representar 21% do total de presos³⁰ (Jesus et al, 2011). A mesma pesquisa traça o perfil dos presos por tráfico, que são, na

³⁰ Em São Paulo, o cenário não é muito diferente. Em 2006, havia 17.668 presos por tráfico de drogas – 12% do total de presos. Em 2010, este valor saltou para 42.849, valor 142% superior a 2006, representando 25% de todos os presos no estado e 42% do total de presos por crimes de patrimônio. (Jesus et al, 2011).

grande maioria dos casos, jovens de 18 a 24 anos, negros ou pardos, com baixa escolaridade, moradores da periferia.

Processo semelhante ocorreu no sistema socioeducativo. De 2000 a 2013, os adolescentes que cumpriam penas socioeducativas por tráfico de drogas representavam, respectivamente, 4,76% e 42,1% do total de internos. Pela primeira vez, o delito de roubo divide o lugar de principal ato infracional gerador de medida socioeducativa³¹. Tais dados sobre as prisões por tráfico de drogas evidenciam o caráter seletivo do sistema penal e sua função de controle de determinados grupos sociais, em especial a juventude pobre, justificado na proteção da saúde pública. Ainda que o aumento do encarceramento pela pena de tráfico tenha inchado visivelmente o sistema penitenciário e não ter tido o efeito prometido, a diminuição da venda e consumo de drogas, novos esforços em prol de novo endurecimento da pena de tráfico tramitam no legislativo.

Dessa forma, observamos que a constituição da droga como uma questão, seja de segurança pública, seja de saúde pública, surge como efeito do próprio processo de criminalização e medicalização³² das substâncias. As distinções no trato ao usuário e ao traficante acompanham esse processo, delimitando as atribuições do sistema penal e da medicina psiquiátrica e as negociações feitas em torno dos mecanismos de controle social.

Dessa forma, assumiremos a questão das drogas do ponto de vista de um dispositivo das drogas (Vargas, 2008; Malvasi, 2012), em um sentido próximo ao que Foucault dá ao dispositivo da sexualidade (Foucault, 1988). Para Foucault, o dispositivo é uma rede estabelecida entre “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas.” (1998b, p. 244).

Abrangendo componentes ditos e não-ditos, os dispositivos permitem justificar uma prática, que permanece silenciada na sua função de resposta a uma urgência do campo social. “O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante” (Foucault, 1998b, p. 244). Dessa forma, o dispositivo das drogas, constituído pelos processos de criminalização e medicalização, possibilitou a constituição de um novo

³¹ “Traficantes adolescentes dobram a população da antiga Febem”. *Folha de São Paulo*, 20/05/2013.

³² Medicalização entendida, com Foucault, como “todo fenômeno da vida que entra no campo de ação da intervenção médica” (Foucault, 2010, p. 178).

campo de racionalidade, favorecendo a consolidação de novos discursos e regimes de verdade de controle e dominação da medicina sobre os corpos e os prazeres das populações.

Tal como a sexualidade da forma como a percebemos, as drogas não existiram desde sempre. O fenômeno das drogas foi forjado nas sociedades ocidentais em determinados contextos sócio-históricos. Assim como a sexualidade, a “questão das drogas” implica um complexo quadro no qual a repressão aparece como sua faceta mais aparente, mas que não permite perceber a contínua incitação ao uso que constitui o próprio fenômeno. O processo de separação, pelos crivos criminais e patológicos, dos fármacos como substâncias terapêuticas e das drogas como substâncias maléficas, denotam que a repressão ao uso de determinadas substâncias foi concomitante ao incentivo ao uso dessas mesmas substâncias sob a prescrição da medicina.

Assim, vivemos em uma paradoxal atualidade: depois de quase um século de políticas repressivas e proibicionistas, o saldo é o aumento expressivo do consumo e a proliferação de novas drogas. O início do século XXI traz a “questão das drogas” novamente ao centro das preocupações, especialmente alavancada pelo tema do consumo do crack, que reafirma tendências conservadoras no trato com as drogas e endossa as necessidades do endurecimento das medidas repressivas e, também, recolocam em pauta as articulações entre a Saúde e a Justiça no campo da saúde mental.

Comparece à cena uma renovada figura que vem protagonizando as tensões atuais em torno da internação: o usuário de drogas que perambula pelas ruas com seu cachimbo nas mãos, ou os grupos de usuários que são encontrados nas grandes cidades, em regiões degradadas e protagonizando condições miseráveis de sobrevivência. Associado aos segmentos pobres da sociedade e, em especial, à juventude, vemos o usuário de droga incorporar o novo inimigo social, renovando os discursos médico e jurídicos, seja sob a forma da criminalização, seja sob o clamor pela internação como forma de cuidado³³.

A droga vem, pois, ocupando um lugar de destaque nas políticas de saúde mental, e seus usuários tornam-se objeto de atenção de acordo com distintas

³³ A demanda social pelo endurecimento do poder punitivo, por um lado, e da internação como forma de segregação da população envolvida com o uso e comércio de drogas pode ser observada pelo teor do PLC 37/2013, que prevê a mudança da Lei de Drogas.

perspectivas, muitas delas fruto de formulações mal ancoradas que reduzem ao uso de substâncias psicoativas uma série de situações de miséria, esfacelamento de laços e omissão de garantia de direitos básicos. O debate, muitas vezes, vem sendo edificado sob preceitos equivocados e generalizantes, que associam qualquer uso de droga à situação de dependência e relacionam o uso com a necessária perda da possibilidade de responder por si (Skromov, 2012).

Contudo, as políticas de saúde mental, e os novos ordenamentos preconizados pela desinstitucionalização do cuidado, impulsionados pela Lei da Reforma Psiquiátrica trazem novos embates e tensionamentos. A implantação da rede dos CAPS — Centros de Atenção Psicossociais —, com serviços específicos para a questão das drogas, os CAPS Álcool e Drogas, além dos dispositivos territoriais de atendimento (como a recente implantação dos Consultórios de Rua, os agentes de redução de danos e as equipes do Programa Saúde da Família Sem Domicílio, especializadas em população em situação de rua) propulsiona um deslocamento da centralidade da atenção da internação para modalidades centradas no território, articuladas à atenção básica e pautadas na intersetorialidade das ações.

A incorporação das drogas às políticas de saúde seguem essa mesma lógica. Em 2003, o Ministério da Saúde define as diretrizes da *Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas*, nitidamente influenciado pelos preceitos da Reforma Psiquiátrica, inaugurando um marco governamental que reformula o tratamento dos usuários de drogas. Acompanhando as tendências fundamentadas na desinstitucionalização que marcavam as novas políticas de saúde mental, as diretrizes preveem a ênfase do tratamento do uso de drogas nos dispositivos extra-hospitalares, assim como a perspectiva da Redução de Danos como norteadora do cuidado³⁴ (Brasil, 2003).

A Redução de Danos visa reformular as concepções em torno do cuidado a usuários de drogas, problematizando os tradicionais vieses hegemônicos que fundamentavam o olhar ao usuário de drogas: como criminoso, construção penal seja em torno do criminoso-usuário seja do criminoso-traficante; como doente, do ponto de vista patológico da medicina psiquiátrica; ou como pecador, de acordo com a moral religiosa (Passos e Souza, 2011). A perspectiva da Redução de Danos, portanto, busca refundar bases para um cuidado que vise a produção de saúde da perspectiva

³⁴ A própria Lei de Drogas (Lei 11.343/2006) em vigência regulamenta que as ações de tratamento a usuários e dependentes deve seguir a perspectiva da sua reintegração social e familiar em redes intersetoriais.

das relações dos sujeitos com as substâncias, em que a abstinência de seu uso não se torna o principal objetivo do cuidado, senão a busca de autonomia do sujeito em relação à própria vida e à formulação de suas próprias demandas, muitas vezes não relacionadas às drogas diretamente.

No entanto, a internação psiquiátrica segue representando uma grande parte das ações em saúde no atendimento dos usuários de drogas, especialmente com a intervenção do Poder Judiciário, justificado pela perda da possibilidade do usuário de responder por si e uma necessária intervenção compulsória. A ideia da necessidade de proteger o indivíduo de si mesmo vem confrontando com a premissa da autonomia, seja como garantia constitucional, seja como pressuposto ético do campo da saúde mental (Skromov, 2012).

Dessa forma, verifica-se, na interface com o sistema de justiça, uma tendência à involuntariedade no tratamento em saúde mental, quando o argumento jurídico impõe-se sobre a saúde. Dados do Ministério Público apontam que a última década caracterizou-se pelo grande crescimento da internação psiquiátrica involuntária: em 2003, foram registradas 763 dessas internações no Estado de São Paulo, número que cresceu nos anos subsequentes até chegar a 6.103 em 2010, e a 5.335 no ano de 2012³⁵.

Ainda que a internação tenha permanecido na rede de atendimento em saúde mental pela Lei 10.216/2001, a função que a lei lhe confere esvazia o histórico caráter asilar e prolongado da segregação psiquiátrica. Afirma a internação como intervenção que deve ser indicada somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (artigo 4º) e que terá como finalidade a reinserção social do paciente em seu meio (artigo 4º, parágrafo 1º) e fundamentar-se-á na plena garantia de direitos da pessoa portadora de transtorno mental. No mesmo sentido, as preocupação com o deslocamento das internações psiquiátricas das suas históricas funções de controle social estavam presentes na III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001, que destacava a necessidade de estabelecer controles sobre as internações, assim como a sua subordinação à decisão de profissionais da saúde mental e a permanente vigilância dos tempos de permanência na internação.

³⁵“São Paulo teve mais de 5,3 mil internações involuntárias de dependentes químicos em 2012”. *Agência Brasil*, 24/01/2013.

As modalidades das internações psiquiátricas são definidas pela Lei 10.216 da seguinte forma:

Art. 6º. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. (...)

Art. 9º. A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. (Brasil, 2001).

O texto que refere a internação compulsória é vago a respeito da competência da Justiça na determinação da internação, ainda que claramente essa modalidade de internação, assim como as outras, deva estar submetida a laudo médico circunstanciado. O artigo 9, por outro lado, denota a função de controle de abusos que os legisladores querem dar ao poder judiciário. A internação compulsória é determinada “de acordo com a legislação vigente”, mas a lei vigente é o Código Penal³⁶, que determina a internação judicial de pessoas com transtornos mentais, ou seja, impõe a medida de segurança³⁷ (Campos e Frassetto, s/d; Amarante, 2013; Confesor Júnior, 2010).

No contexto de uma legislação que se fundamenta na perspectiva dos direitos dos usuários da saúde mental, a compulsoriedade das ações vinculadas à saúde contradiz a vocação para a produção de autonomia e liberdade, fundamento ético-político do novo regramento. Dessa forma, corroboramos com a ideia de que a internação compulsória é só aquela que implica em medida de segurança, devendo ser todas as outras internações psiquiátricas fundamentadas unicamente sob argumento da saúde, com ou sem o consentimento do paciente. No entanto, a

³⁶ Os argumentos jurídicos para a internação desvinculada da avaliação médica, e que permitem internar o louco quando sua presença seja inconveniente à família, vem evocando os instrumentos jurídicos do Decreto 24.559 de 1934³⁶ (Brasil, 1934) e do Código Civil de 1916, que, no entanto, encontram-se revogados pela legislação atual (Campos e Frassetto, s/d).

³⁷ Medida que subsiste no ordenamento jurídico e nas práticas penitenciárias atuais, apesar de seu duplo caráter – médico e penal – configurar claramente desconformidade aos parâmetros legais vigentes (Confesor Junior, 2010).

realidade mostra que toda sorte de usos vêm sendo feitos dessa modalidade de internação, favorecendo uma judicialização³⁸ das demandas em saúde mental que representam retrocessos ao marco da Reforma Psiquiátrica.

No que diz respeito aos direitos da infância e juventude, a influência do judiciário vem também ampliando mecanismos de vigilância, controle e normatização dessa população. Se no sistema socioeducativo observa-se um intenso processo de criminalização e encarceramento da juventude pobre, afirmando-se a lógica do Estado Penal (Wacquant, 2003), nas ações protetivas voltadas a essa população também se verificam lógicas punitivo-repressivas.

Exemplo das renovadas composições entre a Justiça e a Psiquiatria³⁹ que consolidam uma lógica sanitário-penal (Assis, 2012) é o caso da UES (Unidade Experimental de Saúde), criada em 2007 na cidade de São Paulo como uma espécie de medida de segurança para jovens com diagnósticos de transtornos de personalidade antissocial e/ou periculosidade social. Paradimático das renovadas articulações desses campos em torno da “gestão da periculosidade” e da psiquiatria da juventude em conflito com a lei, a UES aponta para tendências da saúde mental de vincular-se à demandas de “defesa social”, controle e tutela dos segmentos juvenis considerados perigosos (Vicentin, Gramkow e Rosa, 2010).

Da mesma forma, a internação psiquiátrica por medida judicial tem sido identificada como principal resposta às questões de saúde mental de crianças e adolescentes pobres, especialmente na associação entre uso de substâncias psicoativas e atos infracionais, reafirmando circuitos de asilo e práticas tutelares. Diversos pesquisadores identificam em diferentes capitais do país o aumento da

³⁸ Por *judicialização* compreendemos o aumento da intervenção do Poder Judiciário como instrumento privilegiado de resolução dos conflitos sociais; é uma tendência atual em diferentes esferas da vida, como a educação, as relações familiares, a saúde. O uso do termo *judicialização*, no entanto, carrega o risco de anular as diferenças entre distintas atuações do sistema de justiça. Com relação às internações psiquiátricas, o sistema de justiça tem tanto cumprido as funções de concretizador do direito à saúde (como veremos, na análise de duas Ações Cíveis Públicas), quanto imposto medidas de tratamento sob a chancela da garantia da segurança e do alto risco oferecido pelos usuários, especialmente no caso de usuários de drogas.

³⁹ Essa composição reafirma determinadas tendências da psiquiatria que retificam o lugar dessa disciplina na concordância com as ações restritivas de liberdade, determinadas do poder judiciário, como expresso no parecer do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), de 2012, destinado à orientação dos profissionais psiquiatras quanto ao procedimento no caso de internações com ordens judiciais “Fica claro que, a despeito da concordância ou não com a ordem judicial, estando ou não o mandado judicial para internação circunstanciado por laudo médico justificando seu motivo, existindo ou não indicação técnica, o psiquiatra assistente deve obedecer à ordem judicial e internar o paciente. Outro ponto sobre o qual também não há dúvidas é o fato de que a alta do paciente internado por ordem judicial apenas deverá ser dada apenas depois da manifestação do judiciário”. (Cordeiro e Morana, 2012).

presença de ordens judiciais nas internações psiquiátricas de crianças e adolescentes, especialmente nas interfaces com os transtornos de conduta e o uso de drogas.

Bentes (1999) e Cunda (2011) identificam na década de 90 o início do aumento da presença de ordens judiciais nas internações de crianças e adolescentes. Estudando instituição psiquiátrica pública do Rio de Janeiro, Bentes (1999) identifica esse aumento entre os anos de 1994 e 1997, quando as internações por mandato judicial passaram de 7% para 33,3%. Estudando as internações infantojuvenis no Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, Bentes (1999) aponta dois diferentes perfis de circulação: o da “enfermaria de crise”, cujos usuários são encaminhados pelas famílias e/ou serviços de saúde, e que têm os diagnósticos majoritariamente de psicose/esquizofrenia; e o circuito da “internação asilo”, encaminhados na maioria por via judicial, com maior tempo de permanência, em que prevalecem diagnósticos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e de transtorno de conduta, cujo tempo de internação é maior.

Segundo Cunda (2011), em pesquisa realizada no Hospital São Pedro, em Porto Alegre, é na década de 1990 que há variação importante no que diz respeito às internações de crianças e adolescentes por “uso de múltiplas drogas” associado a Transtorno de Conduta, e também quando há o aparecimento de ordens judiciais para internação compulsória. Nos anos 2000, esses diagnósticos, associados ou não, representavam quase a totalidade dos prontuários consultados, dentre os quais a maioria era internada compulsoriamente, por motivos como agressão, roubo para comprar drogas, situação de rua.

As pesquisas de Joia (2006) e Blikstein (2012), que focalizam as internações de crianças e adolescentes no Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental (CAISM) Philippe Pinel, identificam um circuito diferente das internações por mandato judicial (compulsórias), dentre as quais estão jovens em medida socioeducativa, abrigados ou em situação de rua; e as sem mandato judicial, quando os jovens eram internados por familiares ou por serviços de saúde. Corroborando Bentes (1999), as conclusões são que as internações compulsórias são realizadas por predominância de indicação jurídica e não médica, ficando as decisões do serviço de saúde submetidas às autorizações judiciais; os períodos de internação tendiam a ser duas vezes maiores nas internações compulsórias do que nas outras, gerando longas internações cuja alta não era reconhecida pelo poder judiciário; e por um contraste de perfil dos internados por via judicial, dentre os quais havia a predominância dos distúrbios do comportamento.

Portanto, a internação psiquiátrica compulsória faz prevalecer uma demanda judiciária/social e de controle sobre a demanda terapêutica, cumprindo, muitas vezes, função de abrigamento e de local de contenção e espera (Joia, 2006; Blikstein, 2012). A demanda vinculada ao uso de drogas e a frequente vinculação às ordens judiciais, ao mesmo tempo que favorecem o acesso do usuário aos serviços de saúde mental, recobre o atendimento de um caráter punitivo, como um recurso auxiliar na disciplinarização dos jovens (Scisleski et al, 2008).

Reis (2012), ao estudar os processos judiciais que resultam na internação compulsória de jovens usuários de drogas, identifica que o ingresso no circuito judicializado de internação é, em muitos casos, demandado pela própria família e disparado pela rede de proteção, como os Conselhos Tutelares e serviços da assistência social. Embasados nos discursos *psi* de patologização das condutas, os relatórios que requerem ao poder judiciário a internação encontram as justificativas nas associações entre a “falência familiar”, que a destitui de sua função protetiva, os comportamentos “agressivos” e “transtornos de conduta” dos adolescentes e a condição de risco para si e para terceiros (Reis, 2012).

Além das internações em hospitais psiquiátricos, os “abrigos especializados” criados em 2011 no Rio de Janeiro, para receber as crianças e adolescentes usuários de drogas recolhidas compulsoriamente das ruas, reiteram tendências manicomiais e custodiais nas associações entre os campos socioassistenciais, sanitários, jurídicos e da segurança pública. Recolhidos por Guardas Civis Metropolitanos, junto a assistentes sociais, as crianças e adolescentes eram levados “à força” para os serviços. Respondia a uma política que, em um primeiro momento definiu-se como “internação compulsória” para logo ser renomeada por “abrigamento compulsório”, operando em uma exceção das políticas públicas: estavam subordinados aos órgãos da assistência social, no entanto prevalecia o tratamento para dependência química, em uma estrutura de contenção e privação de liberdade. O tratamento, além de fundamentar-se na medicalização diária e generalizada dos adolescentes e na contenção química e física, utiliza-se da abordagem conhecida como “doze passos”, de caráter fundamentalmente religioso e moral, contrário às diretrizes do Ministério da Saúde da atenção à usuários de drogas (CFP, 2012).

Assim, é na associação desvio-periculosidade-droga-violência que a judicialização de crianças e jovens se constitui como uma das respostas do poder público às problemáticas da delinquência, do consumo de drogas e da pobreza (Guemureman e Daroqui, 2001). O consumo de drogas permite o acionamento de um

circuito onde tratamento e castigo assumem a mesma forma, uma espécie de “tratamento moral”, estando a liberação condicionada à cura ou recuperação (Guemureman e Daroqui, 2001; Scisleski et al, 2008).

Interessa-nos, nessa pesquisa, investigar como as internações de crianças e adolescentes por motivos de uso de drogas vêm atualizando esse complexo campo de forças, reafirmando a longa trajetória dos discursos de proteção e as práticas de exclusão da área da infância (Nascimento e Scheinvar, 2005). Dessa forma, buscamos problematizar a que demandas tais práticas vêm respondendo e de que forma podem ampliar as garantias de direitos da infância aos cuidados em saúde nos quais prevaleça o combate às desigualdades, a garantia de direitos sociais e o exercício da liberdade.

Capítulo 3:

Políticas urbanas de recolhimento: o caso do Centro de São Paulo

A esquina da rua Helvetia e a Cleveland [ruas do centro de São Paulo, da região da Luz] fervia num dia de sol. De ambos os lados da rua, as pessoas se amontoavam encostadas à parede ou em pequenos grupos que rapidamente se moviam, se desmanchavam, em rapidíssimos contatos, ansiosos e frenéticos. Aparentemente havia chegado alguma quantidade de pedra, o que rapidamente colocava em circulação algumas notas amassadas de baixo valor, e exaltava os ânimos dos que ali estavam. Conversávamos, ou para ser mais precisa, tentávamos capturar uma breve troca de notícias, com um dos adolescentes conhecidos, o Jonas, com seu aspecto infantil, mirrado e magro, cabelos desgrehados e cara de Menino Maluquinho. De repente, e surpreendentemente, foi que nos deparamos com uma cena que nos arrancava dessa estranha cotidianidade das visitas à crackolândia. Duas meninas, de aproximadamente 7 ou 8 anos, arrumadas com roupas brancas e rosas, talvez um uniforme da escola, andavam de mãos dadas em meio ao alvoroço, sozinhas – para o espanto de todos. Ao que um dos que estavam na massa de usuários gritou, e todos foram ecoando: “Olha a criança! Olha a criança!”, inclusive as próprias crianças que lá estavam. Com isso, abria-se uma clareira (de proteção?) por onde as menininhas passavam, destemidas e como que iluminadas por uma outra luz, em cores e cheiros diferentes daqueles que lhes davam passagem. Era aquela uma infância legítima, que desfilava na trincheira aberta pelas crianças-pivetes, pelos moleques-crackeiros. (Diário de Trabalho, 2010).

A abismal distância entre distintas infâncias nunca deixou de ser uma importante marca na história brasileira, da qual esse relato não é mais do que uma breve notícia. “Indigentes”, “órfãos”, “expostos”, “menores abandonados”, as políticas assistenciais para essa infância têm uma larga trajetória no Brasil, fundada na institucionalização (Rizzini e Rizzini, 2004). Escolas jesuítas, Rodas dos Expostos, reformatórios, orfanatos, instituições correccionais: as instituições voltadas à assistência à infância sempre foram povoados pelos filhos de indígenas, negros e representantes, de forma geral, das classes empobrecidas.

A perambulação das crianças nas ruas, que tem como marco a Abolição da Escravatura, em 1888, com a entrada os filhos de escravos libertos no cenário urbano, sempre causou escândalo à opinião pública e requisitou medidas incisivas do poder público. Como “menor abandonado” ou “menor delinquente”, seu destino frequentemente era a detenção e o recolhimento pelas autoridades policiais, por motivos de “gatunagem”, “embriaguez”, “vagabundagem” e toda sorte de “desordens” (Londono, 1991). Primeiramente dividindo espaço com os adultos nas celas de

detenção, passam, ao longo do século XX, a aceder a um aparato correcional próprio à infância.

Como uma “superfície de absorção dos indesejáveis” (Donzelot, 1986), armavam-se os arranjos tutelares que pela via da infância incidiam como formas de controle e vigilância das famílias pobres. Entre a vitimização e a periculosidade, o principal destino dessas crianças era o internamento: ao não cometerem crime algum, não poderiam ser retidas pelos estabelecimentos carcerários; no entanto, a sua periculosidade potencial, seu estado “pré-delinquencial”, levaria o Estado a responsabilizar-se por elas, institucionalizando-as de forma a promover sua correção e regeneração, como medida preventiva e justificada pela sua proteção (Arantes, 2008).

Ainda que a década de 90 tenha trazido, no Estatuto da Criança e do Adolescente, uma regulamentação que inaugurava novo trato jurídico à infância, fundamentado pela perspectiva da garantia de direitos em detrimento das óticas assistencialistas e correcionais-repressivas, as práticas de recolhimento urbano e de extermínio⁴⁰ das crianças e adolescentes que perambulam pelas ruas subsistem. A infância e juventude pobre e majoritariamente negra permanece como personagem “inimigo da sociedade”, investido pelas políticas do medo e da insegurança urbana. Na continuidade das políticas de recolhimento urbano desses indesejáveis, as drogas apresentam-se como a novidade em torno da qual se armam os atuais mecanismos de sequestro, legitimados por novos discursos de proteção.

Tomaremos, a seguir, o período de 2011 a 2013 como marco da renovação de tais práticas, as quais, no contexto da implantação de planos governamentais de investimento em políticas repressivas e sanitárias voltadas à questão do crack, reencenam a remoção forçada das pessoas em situação de rua e tensionam as políticas de saúde nas suas funções higienistas e de produção de cuidado.

3.1 Luz e sombra no “Quadrilátero do Pecado”

O “Quadrilátero do pecado”, tal como era conhecida a região central de São Paulo, conta uma longa história das políticas de repressão às economias criminais e

⁴⁰ O episódio conhecido como “chacina da Candelária”, quando oito jovens foram exterminados na escadaria da Igreja da Candelária, no Rio de Janeiro, em 1993, chamou a atenção do país às práticas de assassinato de pessoas em situação de rua por milícias organizadas.

marginais da cidade. Antes de tornar-se célebre pelo comércio e uso de drogas e de crack, a economia do prazer alvo das preocupações policiais, até os anos 60, era o mercado da prostituição. Em associação à toda uma classe de desviantes e personagens da marginalidade urbana, o controle e a repressão à prostituição consistiu em estratégias de gestão das ilegalidades que, ao mesmo tempo que clamavam combater o crime e os vícios, reafirmavam a expansão e a proliferação territorial da criminalidade.

A Boca do Lixo: do confinamento à repressão preventiva

Deixemos que um especial personagem de suas ruas nos conduza pela história da constituição da Boca do Lixo. Trata-se de Hiroito de Moraes Joanides, conhecido nos anos 50 e 60 como “Rei da Boca”, que fez fama e reconhecimento como célebre personagem da marginalidade da época, cuja presença nas páginas policiais dos noticiários impulsionou a fama.

Sua biografia, escrita em 1977 e intitulada *Boca do Lixo* (Joanides, 2003), narra o cenário e a cotidianidade das figuras que povoavam o submundo da região: boêmios, prostitutas, malandros, delinquentes, moleques foragidos do Juizado de Menores e toda sorte de “desajustados sociais”. Espécie de manual de iniciação a uma geografia do desvio, ou uma “radiografia-histórica da Boca do Lixo”, ou ainda uma descrição dos “anais do submundo”, sua narrativa compõe o registro de um contra-relato sobre o cenário da desviância e da marginalidade da São Paulo dos anos 50 e 60. Sob a tese de que “não há criminosos, e sim homens que cometem crimes”, carrega no seu discurso a combatividade à estereotipificação e monstruolização dos segmentos indesejáveis, veiculada pela “Imprensa Amarela” (referência ao sensacionalismo e à falta de verossimilhança das notícias produzidas pelos meios de comunicação).

Diferentemente de muitos outros frequentadores da Boca, o personagem que curiosamente leva o nome do imperador japonês era membro de uma abastada família, destacando-se pelos aspecto intelectual e universitário e pelos conhecimentos filosóficos. Seu flerte inicial com a boemia e as sedutoras “damas da noite” em poucos anos dá lugar a uma trajetória nas sendas do crime, simultânea ao assassinato de seu pai, do qual torna-se o principal suspeito. Esse episódio rende uma intensa montagem midiática em torno da sua periculosidade decorrente do suposto parricídio, cuja autoria nega terminantemente.

A história que Hiroito conta se dá no cenário do submundo paulistano, em sua íntima relação com as políticas urbanas de gestão dos ilegalismos e da imoralidade.

Durante a década de 30, a cidade observava um processo de guetificação da prostituição que, por meio de portaria do então interventor Adhemar de Barros, em 1940, confina a zona do baixo meretrício à região do Bom Retiro, nas ruas Itaboca, Aimorés e suas travessas. A Zona, como ficou conhecida, apesar de constantemente vigiada e controlada pelas forças públicas, tinha preocupações higienistas preponderantes às propriamente repressivas. O confinamento territorial era uma estratégia aberta do discurso oficial da segurança pública, permitindo que as atividades relacionadas à prostituição fossem melhor controladas e geridas, longe das regiões mais abastadas da cidade, comportando um jogo maleável entre o tolerado, o permitido e o reprimido (Teixeira, 2012).

O ano de 1953 é fundamental na constituição da Boca do Lixo. O então governador do estado Lucas Nogueira Garcez revoga a portaria de Adhemar de Barros que instituía o confinamento do meretrício. Marcado por tumulto e repressão violenta, a ação que se segue leva as tropas da Força Pública a ocuparem as esquinas de acesso à região, sob a palavra de ordem “homem não entra”. Resistindo, as mulheres ainda saíam às ruas, em pequenos grupos, semidesnudas, provocativas à ordem pública, manifestações prontamente contidas pelas forças policiais, na forma de violentos golpes.

Em um contexto de rápido desenvolvimento econômico, São Paulo adotava uma série de medidas de reurbanização, como a abertura de grandes vias, construção de arranha-céus, o embelezamento da região central, que marcavam a palavra de ordem: progresso (Teixeira, 2012). A desocupação do Bom Retiro, efeito desse contexto, longe de extinguir a prostituição, produzia a migração do baixo meretrício, assim como o conjunto de atividades lícitas e ilícitas subjacentes a essa prática, para outros territórios. “Em outras palavras, fechava-se o local, mas não as pernas daquelas mulheres” (Joanides, 2003, p. 35).

Dessa forma, uma grande parcela de prostitutas que escolhiam o bairro dos Campos Elíseos e imediações das estações ferroviárias da Luz e Sorocabana para refundar seu circuito de moradia e trabalho, passando a ocupar os antigos hotéis que lá existiam, assim como seus clientes e as redes que envolviam essa atividade. Em pouco tempo, as ruas do bairro da Luz viam-se repletas dos personagens que habitavam a antiga Zona, sofrendo uma intensa transformação em sua paisagem social e seu comércio, expulsando as aterrorizadas famílias de bons costumes.

Gerado pelo sêmen da injustiça social, após o longo e feio parto, emergia, do ventre da cidade grande, o odiado e odioso filho: a Boca do Lixo, o Quadrilátero do Pecado. (Joanides, 2003, p. 38).

Abrangendo Ruas Vitória, Aurora, Triunfo, Gusmões, Andradas, Santa Efigênia, depois a Barão de Limeira, Barão de Campinas, Guaianases e Timbiras (e, posteriormente, as avenidas Duque de Caxias, Rio Branco e parte da São João), surgia a Boca do Lixo. Consolidava-se a região que abrigaria uma “cidade dentro da cidade”, próspero reduto de toda classe da marginalidade, que instiuia o território do ilícito e pecaminoso, das madrugadas escandalosas, isolado das vistas dos homens de bem. As atividades centravam-se na prostituição, sendo a venda de drogas um comércio secundário, reservado a determinados grupos.

Durante muito tempo o mundo do tóxico foi um clube fechado, que só admitia a entrada de seres marginalizados, os despedidos da sorte – e terminantemente vedado a menores de idade. A traficância era feita em quatinhos de sórdidos hotéis, ou nas esquinas escuras do baixo-mundo ou nos bares – antros privativos dos degradados, em clima de mistério. Derrubaram, porém, as portas desse clube, puseram abaixo os seus muros, e as suas fronteiras foram se estendendo até se confundirem, se sobrepossem às fronteiras da própria civilização. Se é que os xavantes não andam já tomando as suas picadinhas (...) (Joanides, 2003, p. 99).

Tinha início, portanto, não somente um processo de reordenamento da geografia urbana, com a remoção da Zona da região do Bom Retiro e a consolidação da Boca do Lixo nos Campos Elíseos, mas também novidades nas estratégias de gestão da repressão sobre aqueles desajustados sociais. As ações do poder público acenavam para uma nova lógica de intervenção, denominada pelo próprio “Rei da Boca” de “nova filosofia da ação preventiva” e cujos efeitos seriam a generalização e proliferação das condutas combatidas para outras partes da cidade.

O “tácito confinamento” que marcava as relações entre as forças repressivas e os “desajustados sociais” garantia, relativamente, o trânsito de prostitutas e marginais naquela região, reprimindo-os quando apareciam em outras regiões da cidade. Tal confinamento não prescindia, evidentemente, de permanente controle e vigilância das forças policiais, sob a forma de rotineiras detenções correccionais “para averiguação” (popularmente denominadas *mofo*)⁴¹. Essa modalidade de controle

⁴¹ Tais práticas policiais caracterizavam-se pela arbitrariedade, o que não as impedia de figurarem em grande escala nas estatísticas oficiais, sendo geralmente motivadas por alcoolismo, ócio ou vadiagem, escândalo, desordens, jogo, mendicidade, desobediência e pequeno furto. Tipificava os apreendidos como punhuistas, micheiros, vigaristas e, de forma vaga, suspeitos, e chegou a ser responsável por 96% das prisões no Estado durante a ditadura militar (Teixeira, 2012).

caracterizava-se pela prisão temporária de determinados tipos sociais, independente de condutas criminais propriamente ditas. Conforme conta Hiroito, as detenções correcionais aconteciam sob a forma do recolhimento de alguns poucos arruaceiros e prostitutas durante os fins de semana, garantindo menos ocorrências policiais e mantendo a autoridade. Da mesma forma, as práticas policiais apresentavam uma certa ambiguidade com o submundo, o qual seus agentes frequentavam como usuários dos serviços e estabeleciam laços de camaradagem com seus personagens (Teixeira, 2012).

A partir do final dos anos 50, no entanto, a ação policial muda seus mecanismos de controle do “Quadrilátero do Pecado”, instituindo e generalizando a prevenção como estratégia de policiamento e repressão dos desviantes. Com a sofisticação policial, vinham também as Operações Arrastão, Pente-Fino, Coração de Mãe, Limpeza, imbuídas da nova filosofia de prevenir e neutralizar os elementos indesejáveis em qualquer lugar que ocupassem na trama urbana. Também aumentava consideravelmente a prática das detenções correcionais, tendo as prisões das prostitutas, vadios ou malandros tornado-se regra, independente da ilegalidade de sua conduta, em detenções curtas e rotativas.

Ironiza Hiroito: ações que em nada tinham de “preventiva”, se não de “atrasativa”, uma vez que, com relação às ações delitivas, as detenções tão somente as atrasavam alguns dias. Ainda que em nada efetivas, geravam fabulosos gráficos de estatísticas para enaltecer as políticas repressivas, logo publicados em grande escala pela imprensa. Outros efeitos da nova tática de força eram, no entanto, evidentes e marcavam a mudança dessa geografia do crime e da imoralidade. As prostitutas, malandros, cafetões e delinquentes se afastavam do território circunscrito à Boca do Lixo, pulverizando-se em diversas regiões próximas. Da mesma forma, a polícia também expandia seu raio de ação, gerando uma pulverização dos pontos, domicílios e “antros” das prostitutas e delinquentes para além da região delimitada, rumo aos bairros adjacentes e mais distantes.

Dada a dispersos da massa delinquencial, com a formação de dezenas de boquinhas espalhadas por todos os quadrantes da cidade, a pressão policial em verdade diminuía no quadrilátero, já que muitos eram os locais a exigir a atenção. Mesmo assim, a antiga segurança que lá desfrutavam os desajustados sociais não voltara a existir. O direito de livre trânsito no território fora abolido de vez, e o perigo de vir a ser preso estava contido no fato mesmo de se estar no local. (Joanides, 2003, p. 163).

Nesse mesmo período, intensificava-se também a repressão contra o tráfico de drogas, o que trazia novas dinâmicas para a criminalidade da Boca do Lixo, sendo da mesma forma afetada pela dispersão provocada pelas ações repressivas. As substâncias consumidas então eram as anfetaminas, sob a forma de “bolinhas” e de ampolas injetáveis (denominadas Pervitin), substâncias estas também comercializadas nas farmácias, a maconha e a cocaína.

A Boca crescera territorialmente, nuns meses, mais que Israel na Guerra dos Seis Dias. A campanha contra os tóxicos começava a inflamar-se, chamando a atenção e alertando (e portanto despertando a curiosidade...) a juventude quanto a perniciosidade daquele vício, ou hábito (...) Os traficantes, além de espalharem-se pela cidade, no cuidado da própria segurança pessoal tinham que estar sempre inovando nos métodos de atendimento à freguesia. (Joanides, 2003, p. 157).

Espalhada pela cidade, comprova-se a hipótese formulada pelo maior dos seus bandidos: erroneamente a Boca do Lixo era tomada como uma definição geográfica, como uma chaga urbana, cujas condutas criminais e pecaminosas incrustavam-se em determinadas esquinas e quarteirões. Higieniza-se o território, multiplicam-se as territorialidades; combate-se o crime, endurecem-se as vias da ilegalidade; repreendem-se os prazeres ilícitos, incita-se a sua prática e aumentam os riscos e violências para deles usufruir.

Os processos de criminalização das condutas, como vimos no capítulo anterior a respeito das drogas, não produzem mais do que a modulação das próprias condutas criminosas, por um lado, e a legitimidade de vias legais pelas quais controlar e gerir contradições do campo social e neutralizar determinados segmentos, por outro.

Combatividade sem vitórias, que não reduzia nem estacionava ou restringia a criminalidade, pois que não socorria, não educava, não encaminhava nem abrigava (e abrigar, aqui, não quer dizer recolher a uma prisão). O que fazia era espalhar os micróbios da doença por todo o corpo da cidade grande, empurrando o mal a regiões até então sãs, facilitando o contágio de células sadias. As impurezas que um organismo se vê impossibilitado de expulsar de si, de excretá-las, ele as assimila. Isto é, transformando-as à harmonia saudável do seu ser. Não o fazendo verá surgir em si o quadro infeccioso, ou o tumor pernicioso. Ao organismo, por vezes, faltam condições próprias para poder realizá-las. Feridas há que duram toda uma vida. Mas, na impossibilidade de assimilá-las trata o organismo de cercá-las, de mantê-las radicadas, circunscritas aos limites de sua área putrefata. (Joanides, 2003, p. 158).

A perseguição aos indivíduos identificados como os inimigos de natureza pecaminosa e instintos viciosos, ou seja, identificados com o mal, nada tem a ver com

curar as doenças da cidade que cresce desigualmente e sob os interesses de determinados e minoritários segmentos sociais. Responde, ao contrário, a uma necessidade de eliminar os vestígios daquilo que a sua própria violência produzia: as imoralidades que a moralidade definia; os delitos que ganhavam esse estatuto nos códigos penais; os vícios que a abstinência impunha.

A Boca do Lixo era uma feia chaga no ventre da cidade. Excretá-la, seria impossível; nem cinquenta esquadrões da morte o teriam conseguido. E, para assimilá-la, a cidade, a sociedade, teria antes que fortificar-se, engrandecer-se, harmonizar-se, nas suas funções hormonais, vitamínicas, enzimáticas, de educação e cultura, de profissionalização, de assistência social. Sem o que, combater o mal só faria alastrá-lo. (Joanides, 2003, p. 158-159).

Ah! Mas um dia, um dia qualquer, um alguém qualquer, iluminado e revelado pela força e o poder do óbvio ululante, há de adotar, pregar e implantar uma nova filosofia, um novo credo, um novo sistema: o da ação recuperativa. E teremos então as RUAS (Rondas Unificadas da Assistência Social), as RAPs (Rondas de Ajuda ao Próximo); e surgirão as Operações: Socorro, Educação e Cultura, Amemo-nos Uns aos Outros, O Brasil Te Ama, e Somos Todos Irmãos. Bonito, não? Eu também acho (...) (Idem, p. 143).

Mal sabia ele que seria justamente no seio de tais ações recuperativas onde se produziriam as novas estratégias de reprodução de processos semelhantes aos que criticava. Não mais a polícia, senão a assistência social e a saúde pública. Não mais a prisão, mas internações psiquiátricas e abrigamentos compulsórios. O território, no entanto, que serviria como vitrine desses novos processos seguiria sendo o baixo meretrício, a Boca do Lixo. Talvez disso Hiroito até mesmo se orgulharia ...

Crackolândia: Nova Luz sobre velhas disputas

A despeito das reiteradas tentativas de se expurgar a “chaga” aberta da miséria e das imoralidades e ilegalidades, a Boca do Lixo permanecia, resistente, incrustada no centro da metrópole. Tornado-se célebre no final da década de 60 pela instalação de diversas produtoras do chamado cinema marginal, ficava conhecida nos anos 70 por sediar a produção de filmes que caracterizavam-se pelo baixo orçamento e o forte apelo sexual, um gênero que ficou conhecido como pornochanchada. Perseguidos pelos órgãos de vigilância dos costumes da ditadura militar, seus filmes eram censurados pelo seu teor político e moral. O escândalo das imoralidades do prazer alçavam a vocação erótica da Boca às telas do cinema nacional.

Foi na década de 90 que perdia seu reconhecimento como a Boca do Lixo e ganhava notoriedade como a “crackolândia”, mantendo-se viva como metáfora do “câncer” que vitimava o corpo social da cidade. Reacesos os seus estigmas

relacionados à degradação, à miséria e à periculosidade, agora centrados em torno do comércio e consumo de drogas na região, rearticulavam-se também as intervenções urbanas com fins de “requalificar” a região. Os anos 2000 traziam o Projeto Nova Luz, que previa a transformação radical da paisagem do bairro, prometendo a “revitalização” da região, a implantação de empresas de tecnologia e a demolição dos imóveis existentes para a reconstrução do bairro, inspiradas na La Rambla, de Barcelona e em bulevares nova-iorquinos.

Por meio da Concessão Urbanística⁴², instrumento legal que regulamentava a associação da iniciativa privada aos investimentos públicos, face a projetos voltados à utilidade pública ou ao interesse social, é que foi estabelecido o Projeto. Iniciou, em 2005, no início da gestão do prefeito José Serra (PSDB), voltando-se as primeiras iniciativas às “mega operações”, como ficaram chamadas as ações que reuniam diferentes órgãos públicos para combater irregularidades e ilegalidades do bairro. O resultado no seu primeiro ano foi assim publicado: “187 crianças reconduzidas às famílias, 169 estabelecimentos comerciais com irregularidades fechados e 170 prisões realizadas” (Souza, 2011). As ações marcavam a tônica pela qual se enfrentaria a população existente na região.

Além das operações para recolhimento dos “ilegais”, a ação iniciava o processo de desapropriações, decretando a região como área de utilidade pública, e atraindo investimentos, por meio de incentivos fiscais. A “Nova” Luz, de chaga social, passava a território de alta valorização imobiliária, prometendo tornar-se um futuro *streetmall* (shopping de rua), com duas torres de 80 andares, uma delas chamada Torre da Luz, com os últimos andares de vidro e holofotes que iluminariam o céu, sendo vistos de qualquer lugar da cidade (Souza, 2011). Tinha início uma nova etapa no processo de higienização social do centro, agora sob a justificativa de torná-lo área de utilidade pública⁴³. Sempre, claro está, que o público não fosse aquele que já habitava a região há muitos anos.

Assim como em diversas metrópoles, o processo de *gentrificação* (termo cunhado por Neil Smith) do espaço urbano tornou-se estratégia urbana crucial para a gestão político-econômica das cidades, tendo como principais agentes o Estado e as

⁴² A concessão urbanística é um instrumento urbanístico que autoriza, por meio de licitação, uma concessionária a executar obras de urbanização, obtendo remuneração mediante a exploração dos terrenos e edificações resultantes e destinados ao uso privado.

⁴³ Os conflitos em torno do Nova Luz e as resistências que se organizaram em torno das ações foram vivamente registrados no documentário *Luz*, parte do projeto Museo de Los Desplazados, do coletivo artístico Left Hand Rotation. Disponível em: <<http://vimeo.com/32848727>>. Acesso em: 19/01/2014.

empresas, em parcerias público-privadas (Smith, 2006). Justificado pela ideia de renascimento urbano⁴⁴, legitima-se a expulsão de determinados grupos sociais de regiões decadentes da cidade, especialmente da população pobre e dos sem-teto, não raramente com ações violentas e repressivas.

Apesar da *gentrificação* apresentar-se como tendência central da gestão das populações em grandes cidades como São Paulo, a Luz é entendida como território de disputa (Rolnik, 2008), que impõe as suas resistências à produção dos espaços segundo uma lógica de segregação urbana em detrimento das lógicas públicas de ocupação da cidade⁴⁵. Resistência expressa sob a forma de movimentos sociais, associações de moradores, participação da sociedade civil em conselhos gestores, ou ainda, sob a forma nua dos corpos dos frequentadores da região, que, apesar das medidas repressivas, teimam em permanecer na região.

Dossiê publicado pelo Fórum Centro Vivo (2007) denuncia diversas violações de direito que indicam o higienismo social como política preponderante das ações do poder público, em especial a gestão dos prefeitos José Serra e Gilberto Kassab (2005-2012). No que tange à moradia na região central, apontam a escassez de políticas habitacionais⁴⁶ que, majoritariamente, deslocam a população pobre para as periferias⁴⁷; falta de investimento nas Habitações de Interesse Social; falta de participação popular na elaboração dessas políticas; conivência do poder público com desocupações forçadas e reintegrações de posse, realizadas com base na violência policial.

Sobre a população em situação de rua, destacam as então recém criadas rampas antimendigos, que impossibilitavam que determinadas áreas fossem ocupadas por pessoas; o fechamento de albergues no centro e seu realocamento em locais periféricos; as recorrentes ações de expulsão das pessoas das ruas e “limpeza

⁴⁴ O tema do renascimento urbano começa a aparecer em diversas cidades europeias, como Londres e Paris, e em outras como Sidney e Nova Iorque na década de 70. Ao longo das décadas seguintes e até o início do século XXI, torna-se a principal estratégia de gestão da cidade e dissemina-se pelos países do terceiro mundo.

⁴⁵ Resultado das resistências que se apresentam foi a suspensão do Projeto Nova Luz, por decisão judicial, em janeiro de 2012, e a reelaboração do Projeto pela gestão de Fernando Haddad (PT), em 2013. (“Haddad engaveta plano de Kassab para a Luz”. *Folha de São Paulo*, 24/01/2013).

⁴⁶ Segundo o dossiê e de acordo com dados do IBGE, o número de imóveis desocupados em São Paulo (254 mil) é maior que a estimativa de déficit habitacional da cidade (203,4 mil unidades), sendo 10% desses imóveis localizados na região central.

⁴⁷ Raquel Rolnik (2006) lembra que os processos de periferização da pobreza nas cidades pela higienização dos centros acentuaram o processo de criação da primeira favela brasileira, no contexto da Revolta da Vacina, em 1904, que pelo argumento do cuidado à saúde desaloja um segmento populacional do centro para a periferia.

urbana”, o famoso “rapa”. Com respeito às crianças em situação de rua, a abordagem preferencial era a retirada ou condução coercitiva pelas forças policiais sem que implicasse, no entanto, em nenhum encaminhamento para redes socioassistenciais (Fórum Centro Vivo, 2007).

Nesse contexto, e atendendo às pressões imobiliárias de remoção da população que habitava a região demarcada pelo Projeto Nova Luz, surgia a Ação Integrada Centro Legal, em 2009, concebida pela Prefeitura Municipal de São Paulo. Previa a atuação conjunta de diversos órgãos e secretarias municipais⁴⁸, em especial os setores da Saúde, Assistência Social e Segurança Pública, e atuação nas áreas centrais da cidade, incluindo a região da Luz. A ação tinha por objetivo o encaminhamento das pessoas em situação de rua e usuários de drogas que permanecem no local, assim como o enfrentamento do tráfico de drogas.

A abordagem dos usuários era realizada pela Guarda Civil Metropolitana, pela assistência social, por meio de agentes sociais e de saúde e pelos agentes comunitários de saúde. Os encaminhamentos em saúde articulavam diferentes equipamentos voltados ao atendimento dessa população: UBS, o AMA Boraceia, o AMA Sé, o CAPS AD Sé e o CAPS IJ Sé, CRATOD e o SAID (Serviço de Atenção Integral ao Dependente), criado em 2010 para atender às demandas do Projeto. Também estavam se estabelecendo convênios com Comunidades Terapêuticas para a internação dessa população no interior do Estado (num total de 302 vagas à época). O projeto previa “portas de saída”: encaminhamentos a moradias assistidas, na forma de residências terapêuticas ou similares (com no máximo 15 pessoas), onde “permaneceria sob os cuidados de um ‘tutor’”, realizando tratamento ambulatorial em CAPS, obtenção de alternativas de emprego e renda. (São Paulo (Estado), 2012).

Heterogêneo, o campo da saúde indicava a presença tanto de serviços centrados na internação como de dispositivos itinerantes de cuidados, como os Agentes Comunitários de Saúde, os Redutores de Danos e o Consultório na Rua. Ampliando o foco de atenção para além das demandas da “dependência química”, tais dispositivos favorecem estratégias de cuidado fundamentadas na Redução de Danos e na defesa da vida (Lancetti, 2010). Na crackolândia, a familiaridade dos profissionais de saúde com as peculiaridades da vida no território e com as permanentes tensões entre os

⁴⁸ Dentre eles as secretarias de Estado da Segurança Pública e da Saúde, as secretarias municipais da Saúde, Assistência e Desenvolvimento Social e da Habitação, a Subprefeitura da Sé, a Polícia Militar, a Guarda Civil Metropolitana, o Poder Judiciário e o Ministério Público. Dentre as áreas contempladas pela iniciativa estão: Bom Retiro, Luz, Santa Cecília, República e Arouche.

diferentes atores que o compunham, favorecem o comprometimento desses profissionais com os usuários, levando, muitas vezes, ao enfrentamento dos abusos das políticas repressivas. Assim, a saúde incorpora suas funções de defesa da dignidade e dos direitos sociais, em contraposição à assimilação das funções de controle social, como “polícia médica” (Rui, 2012).

Ainda que as ações em saúde prevíssem a articulação da rede de saúde e equipes de abordagens específicas, em 2010, o psiquiatra Raul Gorayeb, ex-coordenador do CAPS Infantil Sé, denunciou a predominância policial na abordagem de crianças e adolescentes e a pressão que sofria da Prefeitura para internar essa população, ainda que sem prescrição médica para esse tipo de tratamento, no que denominava de “varrição do entulho social”. Por conta da negativa frente às determinações de internação dessa população, teve o convênio com a Prefeitura rompido. Argumenta:

A grande maioria das pessoas que usam drogas, sejam lícitas ou ilícitas, não tem problemas de saúde e nem precisa se tratar por causa disso. Há equívoco, às vezes, da autoridade de saúde e até de alguns profissionais. Então o que essa diretriz da política pública atual fez? Convocou a Guarda Civil para passar e recolher as pessoas que encontravam e quem se deixava apanhar era levada para o Caps.(...) E queria que a gente concordasse em internar em hospital psiquiátrico que eles fizeram convênio. (Raul Gorayeb, entrevista a Mariana Oliveira e Marina Juste, *Portal G1*, 24/04/2010)⁴⁹.

Ainda que articulados a ações territoriais de atenção em saúde, as intensas disputas econômicas e políticas em torno do território denominado crackolândia reacendem as perspectivas higienistas e repressivas. Diante do imperativo do “combate ao crack” trazido pelos anos 2000, as políticas de saúde serão progressivamente investidas da gestão da população de rua, atualizando suas ambivalências de proteção e cuidado e controle e segregação.

3.2 O “enfrentamento ao crack” vai às ruas

Tendo visitado algumas obscuras esquinas do centro de São Paulo que há décadas abrigam os personagens indesejáveis da cidade, em seus múltiplos vetores de forças, de incitação, de expulsão, de criminalização, de higienização, de vigilância e

⁴⁹ “Psiquiatra afirma sofrer pressão para internar menores da Cracolândia”. [online]. *Portal G1*, 24/04/2010. Disponível em: <www.g1.globo.com/saopaulo/noticia/2010/04>. Acesso em: 19/01/2014.

controle, faremos agora uma incursão pelos episódios mais recentes, que sugerem novas montagens das gestões das ilegalidades.

O início dos anos 2010 vem marcado pela entrada massiva da tematização do “combate ao crack” nas políticas públicas e nos debates públicos. Já em 2009, o Governo Federal lançara o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool — PEAD (Brasil, 2009), voltado a crianças, adolescentes e jovens em situação de grave vulnerabilidade social. Essa ação previa a instalação de Consultórios de Rua e o investimento em projetos de Redução de Danos e nos serviços de saúde mental voltados aos cuidados de questões relacionadas a álcool e drogas.

No ano seguinte, seria o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, instituído pelo Decreto 7.179/2010 (Brasil, 2010), que previa ações intersetoriais saúde, assistência e de repressão ao tráfico, somando R\$ 400 milhões em investimentos. Em 2011, convertido no Programa “Crack, é possível vencer” pelo Decreto 7.637/2011 (Brasil, 2011; 2011a), a cifra destinada chegava a R\$ 4 bilhões a serem investidos até o ano de 2014, em ações organizadas em torno de três eixos:

- 1) O eixo Prevenção, que previa a realização de capacitação de professores e outros operadores de políticas públicas e do poder judiciário a respeito do uso de drogas.
- 2) O eixo Autoridade, que contava com policiamento ostensivo, instalação de câmeras de monitoramento, “tecnologias de menor potencial ofensivo” e capacitação de profissionais.
- 3) O eixo “Cuidado” voltado ao investimento em políticas de saúde e sócio-assistenciais. Na rede de saúde, previa a instauração de Consultórios na Rua (modalidade itinerante de cuidado em Redução de Danos), NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), CAPS AD 24 horas, CAPSi, leitos em enfermarias especializadas de Hospitais Gerais, Unidade de Acolhimento Adulto, Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil e Comunidades Terapêuticas. Na rede do SUAS (Sistema Único da Assistência Social), criavam-se os serviços: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos, Serviço de Abordagem Social e Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

Na área da saúde, observa-se que os serviços previstos são de caráter heterogêneo: perspectivas de atendimento territorial e itinerante, como é o caso do Consultório na Rua e o investimento nos CAPS AD, convivem com o investimento em Comunidades Terapêuticas, a despeito de não fazerem parte da rede de serviços da saúde. Majoritariamente dirigidas por entidades religiosas, as Comunidades Terapêuticas são serviços de internação prolongada voltados para usuários de drogas, cujo atendimento fundamenta-se na prática religiosa e na laborterapia,

resultando em locais de confinamento prolongado, onde os usuários são muitas vezes sujeitos a diversas violações de direitos: violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, intimidações, desrespeito a orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade⁵⁰.

Ainda que se multiplicassem nos veículos midiáticos denúncias sobre maus-tratos, inclusive mortes nessas instituições, em novembro de 2012, a SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas) abriu edital de conveniamento para Comunidades Terapêuticas, com a finalidade de investir R\$180 milhões e aumentar as 2.679 vagas que já eram subsidiadas⁵¹. No início de 2013, o governo do Estado de São Paulo lança o Programa Cartão Recomeço, que ficou conhecido como “bolsa-crack”, que previa o repasse de R\$ 1.350 por cada usuário internado em entidades conveniadas, totalizando R\$ 4 milhões mensais de investimento⁵².

As articulações entre os campos da saúde, assistência social e segurança pública, tal como previstos pelo Programa, indicavam que, sob a urgência do apelo do “combate ao crack”, essas composições assumiam o risco do histórico trato punitivo-repressivo aos usuários de drogas e à população de rua, assim como tensionava novos dispositivos territoriais cuja incorporação do paradigma da Redução de Danos presumia a prevalência do cuidado em saúde e da atenção psicossocial. Ainda assim, reforçava a ênfase nas drogas, e em especial no crack, como a grande urgência das políticas sociais, alavancando também, com as altas cifras do plano federal, interesses econômicos em torno da questão.

É no contexto da emergência do crack como o grande “problema social” do país, em especial no seu consumo nas vias públicas dos centros urbanos que, em março de 2011, a Prefeitura do Rio de Janeiro inaugura uma ação de recolhimento e internação/abrigamento compulsório de crianças e adolescentes que estivessem consumindo drogas em vias públicas. A Guarda Civil Metropolitana, junto com agentes da Assistência Social recolhiam as crianças e as encaminhavam para as

⁵⁰ Conclusões publicadas no “Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais para internação de usuários de drogas”, produzido pelo Conselho Federal de Psicologia, com base na inspeção à 68 Comunidades Terapêuticas de todo o país, em 2011. (CFP, 2011).

⁵¹ “Comunidades terapêuticas religiosas lideram tratamento contra o crack”. Andrea Dip. Portal Terra. 18/11/2013. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/brasil/comunidades-terapeuticas-religiosas-lideram-tratamento-contra-o-crack,b0d73c3b99862410VgnVCM5000009ccceb0aRCRD.html>>. Acesso em: 12/12/2013.

⁵² “Cartão para tratamento de usuário de crack custará R\$ 4 milhões mensais”. Tatiana Santiago. *Portal G1*, 09/05/2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2013/05/cartao-para-tratamento-de-usuario-de-crack-custara-r-4-milhoes-mensais.html>>. Acesso em: 12/12/2014.

Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente para averiguação da existência de mandatos de busca e apreensão, após o que eram encaminhadas a Centrais de Triagem e, posteriormente, a instituições especializadas de abrigo.

Em evidentes desrespeitos a direitos constitucionais, ao Estatuto da Criança e do Adolescente, além das diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das políticas da Assistência Social, instalava-se uma situação de arbitrariedade e de exceção das políticas consolidadas de proteção e garantia de direitos⁵³. Inaugurava-se uma renovada política de higienismo urbano, sob o mote do “enfrentamento ao crack”, em que prevaleciam os argumentos da saúde mental. Assim, “em nome da saúde mental de determinado grupo populacional e o correspondente dever do Estado em garantir tal direito, suas agências punitivas (polícias) e sociais (saúde e assistência social) são acionadas para justamente restringir outros diversos direitos civis - sem necessariamente garantir a saúde” (Assis, 2012, p.38).

A Polícia: sufoco, dor e sofrimento

Logo após o início da operação no Rio de Janeiro, o intenso debate que invadiu os meios de comunicação já provocava efeitos em São Paulo: o prefeito e outras autoridades públicas afeitos ao modelo carioca anunciavam a possibilidade de operações similares na cidade. Nos meses subsequentes, não houve oficialização de ação do município, ficando uma possível ação em suspenso. No entanto, a região que sofreria a intervenção desde há muito já estava determinada: a crackolândia.

No final de 2011, a primeira iniciativa em São Paulo para a oficialização da prática de internação forçada de crianças e adolescentes aparece no plano legislativo. O projeto de lei 673/2011, proposto em 29/06/2011 pelo deputado estadual Orlando Bolçone, do PSB (São Paulo, 2011), autorizava o Poder Público a manter sob sua tutela e internar para tratamento médico, as crianças e adolescentes apreendidos em situação de risco. Justificava o projeto: “É certo que se fazem necessárias medidas de proteção à criança e ao adolescente quando estes se drogam, uma vez que o ato de se

⁵³ Ainda que denunciada por diversos setores, no seu caráter fundamentalmente violador de direitos, em fevereiro de 2013 a medida foi estendida para o público adulto, logo após a morte de um garoto de dez anos, atropelado quando fugia da abordagem. Dois anos após o início da implantação do procedimento para crianças, a medida se mostra ineficiente não apenas pelas violações de direitos que implica, mas, segundo os próprios dados divulgados pela Prefeitura, o índice de sucesso do tratamento forçado é de cerca de 25%, principalmente pela reinserção na família de origem mediante determinação judicial, tendo o restante dos usuários evadido do serviço ou sido transferidos para outros abrigos.

drogar, geralmente, é fruto da própria conduta do menor associado a uma frequente falta ou omissão de muitos pais.” (Idem).

Em setembro de 2011, uma nova iniciativa, desta vez do poder judiciário. Os jornais noticiam o projeto de iniciativa da Coordenadoria de Infância e Juventude do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, que objetivava a criação de posto do poder judiciário na crackolândia, por meio do qual os juízes fariam o atendimento jurídico de crianças e adolescentes, a fim de “aproximar os juízes da realidade das crianças e adolescentes que vivem no local” e encaminhá-los à rede de saúde, utilizando-se também da internação compulsória, em caráter excepcional, “quando houver risco iminente à criança e ao adolescente”⁵⁴.

O ano de 2012 é inaugurado pela ruidosa ação de autoria pela prefeitura, que, em parceria com o governo estadual, deflagra a “Operação Sufoco”, “ação integrada entre o Estado e o Município para resgatar as pessoas em estado de vulnerabilidade, combater o tráfico e criar um ambiente propício para as ações sociais”, a qual seria composta por três fases: “consolidação da área”, prevendo a ação da PM (Polícia Militar do Estado de São Paulo) e GCM (Guarda Civil Metropolitana), no controle e ocupação da área, promovendo prisões de traficantes, usuários e procurados pela justiça; “Ação Social”, que, em um segundo momento sem data prevista, iniciaria o atendimento pelos equipamentos da Assistência Social e Saúde; e “manutenção da área”⁵⁵.

Ocupando as primeiras páginas dos principais jornais brasileiros, a ação tem seu início no dia 3 de janeiro, com um “cerco” aos usuários que se encontravam nas imediações da região conhecida como crackolândia, e seu deslocamento até a Praça Julio Prestes. Junto com a polícia, são enviados caminhões “cata-bagulho” e caminhões pipa, que dão início ao processo (que segue nos dias seguintes) de recolhimento de entulho e demolição de casas abandonadas que serviam de moradia e local de consumo dos usuários.

No seu primeiro dia de funcionamento, é a polícia quem protagoniza a ação, justificando-a no combate ao tráfico e na busca de foragidos, a fim de criar uma

⁵⁴ “TJSP monta tenda na Cracolândia para aproximar juízes da realidade das crianças e adolescentes”. *Agência Brasil*, 07/10/2011. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2011-10-07/tjsp-monta-tenda-na-cracolandia-para-aproximar-juizes-da-realidade-das-criancas-e-adolescentes>>. Acesso em: 16/01/2014.

⁵⁵ Polícia Militar do Estado de São Paulo. *Operação Integrada Centro Legal*. Disponível em: <<http://www.policiamilitar.sp.gov.br/hotsites/centrolegal/index.html>>. Acesso em: 15/12/2012.

situação de segurança para as intervenções sociais⁵⁶. Claro é, no entanto, que nada havia de preparado para que essa ação fosse de fato integrada às redes da saúde e da assistência: a SMADS (Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social) e outros órgãos componentes da Ação Integrada Centro Legal não haviam sido comunicados da operação. Chegou-se a noticiar que os próprios prefeito e governador do Estado não sabiam da ordem de início da operação, tendo esta sido deflagrada exclusivamente pela Polícia Militar⁵⁷.

O Complexo Prates, serviço a ser implantado pela Prefeitura para o atendimento dos usuários da região, localizado a menos de um quilômetro da crackolândia, estava previsto para inauguração somente dali a dois meses. Previa a atuação conjunta da saúde e da assistência, em um equipamento misto, de funcionamento ininterrupto, com capacidade para 1.200 pessoas, composto por CAPS AD, Centro de Convivência e acolhimento institucional para crianças e adolescentes.

Destaquemos, também, que, em 2009, a antiga rede de serviços de acolhimento transitório de crianças e adolescentes conhecidos como CRECAs (Centros de Referência da Criança e Adolescente) foi desarticulada, com base na necessidade de “proteção” das crianças vulneráveis do perigo oferecido pelas crianças em situação de rua (Orestes, 2011). Dessa forma, o único serviço que recebia essa população para acolhimento noturno era a Casa Taiguara, na Bela Vista, denunciando a completa fragilização dos serviços de proteção à criança e adolescente em situação de rua. Em 2010 havia sido criados Espaços de Convivência da Criança e Adolescente, voltados para o atendimento dessa população, os quais, no entanto, apresentavam grandes dificuldades nos encaminhamentos para abrigamento.

Apesar do desarticulado início da operação, nos dias subsequentes, Luis Alberto Chaves de Oliveira, coordenador da Coordenadoria Estadual de Políticas sobre Drogas da Secretaria de Estado da Justiça e Defesa da Cidadania, justificava a ação:

A falta da droga e a dificuldade de fixação vão fazer com que as pessoas busquem o tratamento. Como é que você consegue levar o usuário a se tratar? Não é pela razão, é pelo sofrimento. Quem busca ajuda não suporta mais aquela situação. Dor e o sofrimento fazem a pessoa pedir ajuda. (*O Estado de São Paulo*, 05/01/2012).

⁵⁶ “PM faz operação contra o tráfico na região da crackolândia em SP”. *Folha de São Paulo*, 03/01/2012.

⁵⁷ “Alckmin, Kassab e comando da PM não sabiam de início de ação na crackolândia”. *O Estado de São Paulo*, 06/01/2012.

Reitera o então prefeito de São Paulo, Gilberto Kassab: “[Essa ação] não é enxugar gelo. São pessoas doentes, dependentes. Já é um avanço elas estarem numa região que tem polícia”. (*Portal G1*, 04/01/2012).

De fato, o sofrimento não demorou a intensificar-se na crackolândia. As notícias que logo tomaram conta dos meios de comunicação mostravam a ação unicamente da polícia, sob a forma de expulsão contínua dos agrupamentos de usuários, ameaças, revistas, detenção. Tão logo a operação teve início, multiplicaram-se as denúncias de abuso policial, truculência e violações de direitos. Os agentes policiais, com auxílio de viaturas, balas de borracha e cassetetes, cercavam e forçavam as pessoas a caminhar continuamente, sem poder permanecer nas vias públicas, o que foi denominado pela mídia de “procissão do crack”, além de cometerem abusos nas revistas pessoais.

O caráter repressivo da medida foi denunciado pela Defensoria Pública, que recolheu denúncias de usuários e profissionais de órgãos envolvidos sobre agressões e abusos⁵⁸, orientou usuários acerca de seus direitos e mobilizou o Ministério Público a instaurar Ação Civil Pública para apurar a ação. O documento, que pedia indenização à prefeitura em R\$ 40 milhões, apontava que a falta de preparo das instâncias da saúde e da assistência social, assim como a falta de previsão de leitos em número suficientes para acolher os usuários denotaram o caráter repressivo da medida (São Paulo, 2012).

Sequer os objetivos da primeira fase da ação haviam sido contemplados pela ação policial: dois meses após seu início, a apreensão de crack e cocaína tinha sido menor do que no mesmo período do ano anterior e as pessoas detidas eram pequenos traficantes, ou ainda, usuários que também vendem a droga, insignificantes na rede de distribuição da droga (Idem). Diante dos seus resultados, deduz que “a finalidade real da operação não era combater o tráfico nem o traficante, mas simplesmente incomodar, remover e dispersar os usuários de drogas, num mero exercício higienista” (Idem, p. 59).

Com as polêmicas em torno da ação e no ensejo do debate disparado pela experiência do Rio de Janeiro, a prática da internação involuntária dos usuários e/ou determinada pela justiça intensificava-se. O direito à vida passa a ser reivindicado como justificativa da supressão da capacidade dos usuários de poderem determinar a

⁵⁸ Diante da ilegalidade das apreensões e revistas ilegais, assim como o constrangimento do direito de ir e vir, a Defensoria Pública pediu *habeas corpus* preventivo para usuário em situação de rua da região, para garantir que pudesse circular por locais públicos sem ser removido contra sua vontade. (“Polícia é impedida de abordar morador de rua na Crackolândia”. *Portal IG*, 26/04/2012).

própria vida. Tal é o entendimento publicado pela Associação Brasileira de Psiquiatria, defendendo a necessidade de internação sem o consentimento do paciente:

a liberdade possui limites. O que não tem limites e é inquestionável é o direito à vida. Nem que, para exercer esse direito em plenitude, o cidadão precise abrir mão da liberdade por algum período.⁵⁹

No interior do próprio saber médico sobre o tratamento da dependência química, evidenciam-se distintas prescrições, pautadas por distintos posicionamentos éticos diante da questão: a tendência que defende o tratamento involuntário tem entre seus principais defensores o psiquiatra Ronaldo Laranjeira, e a defesa da prioridade pela voluntariedade pelo psiquiatra Dartiu Xavier, ambos da Faculdade de Medicina da UNIFESP.

Não existe respaldo científico sinalizando que o tratamento para dependentes deva ser feito preferencialmente em regime de internação. Paradoxalmente, internações mal conduzidas ou erroneamente indicadas tendem a gerar consequências negativas. Quando se trata de internação compulsória, as taxas de recaída chegam a 95%! De um modo geral, os melhores resultados são aqueles obtidos por meio de tratamentos ambulatoriais. (Dartiu Xavier, 2011).

Você tem que cuidar daquelas pessoas que estão desmaiadas na rua (devido ao uso abusivo do crack). Isso [a internação involuntária/compulsória] é um ato de solidariedade e não cárcere privado. (Ronaldo Laranjeira, *BBC Brasil*, 21/01/2013⁶⁰).

Importante frisar que não era a possibilidade de internação involuntária e compulsória que se debatia, uma vez que as modalidades estão previstas na lei da Reforma Psiquiátrica, como modalidades terapêuticas a serem indicadas excepcionalmente, sendo práticas em voga na saúde mental. Era o internamento involuntário em massa, como a rotina de tratamento o alvo das controvérsias.

Apesar das denúncias de violações de direito que esse procedimento produzia, antes que a ação completasse um mês, os resultados eram visíveis. Assim como na intervenção repressiva feita na Boca do Lixo nos anos 60, os usuários dispersaram-se os pelos bairros adjacentes, outras regiões da cidade e, inclusive, para outras cidades, conforme informações do Ministério Público. Dessa forma, o esvaziamento da

⁵⁹ "Internação compulsória e direito à vida". *Correio Braziliense*, 06/03/2012. Disponível em: <www.correio braziliense.com.br>. Acesso em: 12/12/2014.

⁶⁰ "Internação à força de viciados divide especialistas". Luis Kawagati. *BBC Brasil*, 21/01/2013. Disponível em: <www.bbc.co.uk/portuguese/noticias>. Acesso em: 2/12/2014.

crackolândia pelo temor dos usuários das ações repressivas era acompanhado da proliferação do temor e da desconfiança generalizada tanto da população em situação de rua como dos moradores e comerciantes das outras regiões da cidade.

Você prefere tratar um câncer localizado? Ou com ele espalhado por todo o corpo? É isso o que estamos fazendo: espalhando o câncer.⁶¹ (policial que duvida do sucesso da ação)⁶².

Sobre as ações em saúde, apontadas como foco da operação junto aos usuários, a principal oferta eram internações, realizadas em caráter voluntário, em Comunidades Terapêuticas, instituições privadas conveniadas com o poder público, localizadas no interior do Estado. O Ministério Público apurou que não havia leitos disponíveis e o tempo de espera podia chegar a nove dias. Daí resulta que dos 255 pedidos de internação requeridos pelo AMA Boraceia, apenas 148 foram atendidas. Em visita a essas instituições, cerca de três meses e meio depois da Operação, os técnicos do Ministério Público concluíram que poucos pacientes continuavam acolhidos, pois a maioria havia tido alta por evasão ou alta administrativa, e, destes, a maioria não tinha relações com a crackolândia, tendo aproveitado a disponibilidade de vagas para internar-se.

O mesmo se mostrou em relação às crianças e adolescentes que, em um primeiro momento foram encaminhados ou procuraram voluntariamente serviços socioassistenciais ou internações, para logo em seguida voltarem às ruas, agora para regiões distintas de onde circulavam. Se as internações demonstravam-se um fracasso do ponto de vista da vinculação a um serviço de internação, também a oferta de cuidados na rua, tanto das equipes de assistência social quanto da saúde, ficou prejudicada com a Operação. Os profissionais que atuavam na região afirmavam que o atendimento dos usuários tinha sido prejudicado, uma vez que, com a migração, perderam o contato com muitos usuários e que estes passaram a apresentar-se mais reativos e resistentes às suas ações, identificadas com a repressão do poder público.

⁶¹ Nos EUA, as zonas consideradas degradadas e que passaram por processos de gentrificação são freqüentemente caracterizadas de acordo com alegorias epidemiológicas da enfermidade, para designar bairros habitados fundamentalmente por pobres, ou por negros e latinos. A regeneração urbana surge como eufemismo que responde a essas mazelas, propondo uma espécie de cirurgia ou tratamento que responda à doença. O termo regeneração, importado do vocabulário biomédico, produz uma naturalização discursiva de um processo político de determinações socioeconômicas que produz a expulsão da pobreza e dos sem teto de determinados territórios urbanos (Smith, 2006).

⁶² *Folha de São Paulo*, 08/01/2012. (Frases). Disponível em:

<<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/corrida>

/18967-a-semana-em-16-frases.shtml>. Acesso em: 12/12/2014.

Ainda que as críticas à Operação evidenciassem a sua total inoperância, seja no “combate ao tráfico” seja no tratamento aos usuários de drogas, a internação involuntária tinha a aprovação de 90% da opinião pública, segundo pesquisa feita pelo jornal Folha de São Paulo⁶³.

Assim, no segundo mês da operação, a Secretaria de Estado da Saúde publicou o investimento de R\$ 250 milhões em 700 novos leitos destinados a dependentes químicos em todo o Estado, além do anúncio da construção de prédio do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP voltado exclusivamente a essa população, contando com 70 leitos, além de um CAPS AD e um CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) anexos.⁶⁴ Nos anos seguintes, o investimento em vagas de internação, promovido pelo incentivo do Plano de Enfrentamento ao Crack, seguia, investindo-se concomitantemente na abertura de CAPS III, na implantação de Unidades de Atendimento Transitório e em Comunidades Terapêuticas. Em 2013, com o início do Cartão Recomeço, as Comunidades Terapêuticas obtêm um fluxo de investimento, sob a forma do pagamento de R\$1.350 por mês por cada usuário internado.

Já estava anunciado o impacto das ações no reordenamento que estava em curso na rede de saúde mental, que passava a ser pressionada a aumentar o número de leitos destinados a essa população, tomados como alternativa única de tratamento, sob pena das acusações de negligência ao direito à saúde.

O Judiciário: “poupatempo das internações”?

No final do ano de 2012, quando a Operação Sufoco estava prestes a completar um ano, a constatação de que a crackolândia sobrevivera e o uso e comércio de drogas na região da Luz permanecia eram evidências que a mídia já prometia veicular, comprovando a ineficácia das medidas. O fracasso da ação tinha sido atribuído à falta de leitos de internação disponíveis para o tratamento dessa população, os quais já haviam sido abertos durante o ano.

É nesse cenário que o ano de 2013 iniciava-se com uma nova intervenção, anunciada pelo governo do Estado: termo de cooperação técnica firmado com o Governo do Estado, em parceria com o Ministério Público e Ordem dos Advogados do

⁶³A pesquisa ouviu 2.575 pessoas em 159 cidades; 90% aprovam internação involuntária (*Folha de São Paulo*, 25/01/2012).

⁶⁴ “SP investe R\$ 250 milhões em 700 novos leitos para dependentes químicos”. <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/noticias/2012/fevereiro/sp-investe-r-250-milhoes-em-700-novos-leitos-para-dependentes-quimicos>>. Acesso em: 29/04/2013.

Brasil (e a Defensoria Pública, que começa a atuar no projeto sem constar do Termo) instaura um anexo judiciário ao CRATOD, serviço de saúde da região da Luz, a fim de melhor agilizar a articulação entre justiça e saúde para o encaminhamento dessa população. De acordo com o site do TJSP (Tribunal de Justiça de São Paulo), “a instalação do anexo próximo à região conhecida como “Cracolândia” tem o objetivo de unir-se ao atendimento multidisciplinar que já é prestado aos dependentes químicos dessa região”⁶⁵. Ao mesmo tempo em que se noticiava a abertura de novos leitos para a internação de dependentes químicos⁶⁶, o “plantão judiciário” apresentava-se como uma forma de atendimento diferente da criticada repressão que marcou a intervenção anterior:

No dia 11 de janeiro de 2013, o Estado de São Paulo viabilizou uma parceria inédita no Brasil entre o Judiciário e o Executivo, entre médicos, juízes e advogados, com o objetivo de tornar a tramitação do processo de internação compulsória (já previsto em lei) mais célere, para proteger as vidas daqueles que mais precisam. As famílias com recursos econômicos já utilizam esse mecanismo (internação involuntária) para resgatar os seus parentes das drogas. O que o Estado está fazendo, em parceria com o Judiciário, é aplicar a lei para salvar pessoas que não têm recursos e perderam totalmente os laços familiares. Essas pessoas estão abandonadas, e é obrigação do Estado tirá-las do abandono. A presença do Judiciário vai aumentar as garantias aos direitos dos dependentes químicos. (*Portal do Governo do Estado de São Paulo*, 29/01/2013, grifos nossos).⁶⁷

De acordo ainda com a página do TJSP, os usuários que receberiam o atendimento seriam abordados pelas equipes já existentes na rua, em seguida avaliados pelas equipes de saúde, e, no caso da indicação para internação, o judiciário poderia ser chamado a intervir. Se a ação do ano anterior tinha como figura central a polícia e a repressão como principal instrumento, tendo sido alvo de condenação pelo Ministério Público, o anúncio do anexo judiciário ao CRATOD não previa intervenção policial na abordagem dos usuários. A organização religiosa Missão Belém, atuante na região há muitos anos e que havia recentemente sido conveniada com a Prefeitura

⁶⁵“Comunicado do TJSP esclarece sobre a competência de atuação do Judiciário no CRATOD”. *Tribunal de Justiça de São Paulo* [online]. 07/03/2013. Disponível em: <<http://www.tjsp.jus.br/Institucional/CanaisComunicacao/Noticias/Noticia.aspx?Id=17460>>. Acesso em: 29/04/2013.

⁶⁶ Movimentos sociais denunciam que no interior de São Paulo muitas dessas vagas que passaram a ser destinadas a usuários de drogas já faziam parte da rede de cuidados a pessoas com transtornos mentais, sendo que após o início das ações na capital não havia mais vagas para o tratamento dessa demanda.

⁶⁷ “Entenda o que é internação compulsória de dependentes químicos”. *Portal do Governo do Estado de São Paulo* [online]. 29/01/2013. Disponível em: <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=225660>>. Acesso em: 29/04/2013.

para prestar serviços de abordagem de usuários, emite nota afirmando que não fará a retirada forçada de pessoas da rua.

Em carta aberta assinada pelos trabalhadores do CRATOD, há repúdio à forma como se estabeleceu o “convênio”: “Em nome da ‘internação compulsória’ o Cratod foi ocupado dia 21 de janeiro pela Secretaria da Saúde e teve sua diretora destituída (...) O trabalho existente está sendo desmanchado”. A forma como os leitos de observação passaram a ser ocupados, agora como espera de vagas de internação, é indicada como retrocesso à rotina de “pernoites” quando em situação de risco.

Em relação ao tratamento, semanalmente, passavam (até o início de janeiro de 2013) aproximadamente 450 pacientes no CRATOD nos regimes intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Alguns pacientes permaneciam meio período (manhã ou tarde), outros passavam o dia todo e alguns até pernoitavam quando em situação de risco. Temos dez leitos de observação e pernoite. Atualmente esses leitos são ocupados apenas com pessoas “esperando vagas de internação”. O índice de internação no último ano foi de 4 % dos pacientes e todas foram internações voluntárias. A população atendida é 80% de moradores de rua, e o tratamento visa a recuperação, abstinência e reinserção social. (Carta aberta dos trabalhadores do Cratod, 2013).

A intervenção, que a princípio tinha como “público alvo” as pessoas em situação de rua da região central, em poucos dias tinha deslocado sua atuação. Nas vésperas do início da ação, o MP proibiu a utilização da força policial para a abordagem dos usuários, o que resultou em algo inesperado: as pessoas que lotaram as filas do serviço em busca de atendimento nos primeiros dias não foram aqueles em situação de rua, objetos da intervenção, mas pessoas provindas de toda a capital e inclusive de cidades do interior que buscavam internações para seus familiares, usuários de drogas. Passadas três semanas, o resultado eram 142 internações, destas treze involuntárias e nenhuma compulsória⁶⁸. O plantão da justiça passou a funcionar como orientação jurídica e a maior parte do trabalho era o reencaminhamento dos casos para os CAPS territoriais.

Consequência é que nos primeiros dias do plantão no CRATOD não serão os usuários da região da Luz aqueles que compareciam. As filas que se formaram no serviço eram compostas em sua maioria por familiares de usuários que vinham de regiões distantes da capital, ou até de outros municípios, buscando “vaga de

⁶⁸ “Nenhuma pessoa foi internada compulsoriamente após três semanas de plantão judicial em SP”. [online]. UOL, 08/02/2013. Disponível em: <www.uol.com.br>. Acesso em: 15/02/2013.

internação”. O TJSP, inclusive, emitiu nota em seu site dizendo que o projeto não se tratava de central de vagas.

A essas famílias, era ofertada orientação e acompanhamento jurídico mas que encaminhava para os CAPS responsáveis pelas regiões de origem do usuário, e não determinava a internação. A Defensoria Pública, com o entendimento de que não era necessário judicializar, pressiona o trâmite da saúde, funcionando como agenciadora de rede. Por outro lado, a OAB (Ordem dos Advogados do Brasil) conta com advogados do núcleo de direitos humanos, que fazem a abertura dos processos, depois reencaminhados novamente para a Defensoria Pública.

Os atendimentos a essas famílias obedeciam a diferentes fluxos: a) o do CRATOD, independente das vias judiciárias, quando as famílias que compareciam não estavam sendo atendidas por nenhum serviço de saúde (situação na qual era feita orientação sobre o atendimento no CAPS da região) ou quando os usuários compareciam ao serviço, situação em que era feita avaliação e, no caso de internações (voluntárias ou involuntárias), os leitos de “observação” eram convertidos em leitos de internação e/ou espera de vagas; b) Anexo judiciário, que funcionava como instrumento de acionar o serviço territorial, em geral, o CAPS, por duas vias: pela via informal (contato telefônico); ou, no caso de já haver tentativa de agendamento pela família, por determinação judicial para que o CAPS faça visita domiciliar. Nos casos em que havia laudo indicando internação assinado por psiquiatra da rede pública, o atendimento era feito pela OAB, que solicitava ordem judicial para remoção ou para obtenção de vagas (somente nos casos em que já tinha sido tentada a via do serviço de saúde); c) Anexo da Assistência Social, que encaminha usuários para vagas de acolhimento institucional e também para Comunidades Terapêuticas (Nota de esclarecimento da Defensoria Pública, divulgada em 31/01/13).

Dessa forma, se o plantão judiciário parecia ter tido início como um “poupatempo das internações”⁶⁹, tornando-as mais ágeis por meio da determinação judicial, essa demanda foi tensionada e transformada, especialmente pelo papel da Defensoria Pública. Os trâmites eram feitos, preferencialmente extrajudicialmente, sendo que o Judiciário tinha sua atuação centrada na determinação e fiscalização de atendimento pelos serviços territoriais, os CAPS. A interferência do poder judiciário

⁶⁹ Expressão utilizada pelo Padre Julio Lancelotti, da Pastoral do Povo de Rua, que carregava de desconfiança a implantação do anexo judiciário, logo após o seu anúncio. “Poupatempo” é um conhecido serviço do governo estadual na cidade de São Paulo, que emite de modo descentralizado e rápido variados documentos para pessoas físicas.

esforçava-se por determinar o atendimento pelos serviços territoriais; determinar judicialmente a remoção; determinar judicialmente a disponibilização de vaga para internação, quando havia indicação médica para tal.

Interessante notar que a presença do poder judiciário em qualquer momento do atendimento de determinado usuário gerava, nos serviços de saúde, o temor de aguardar o juiz se manifestar para que o usuário seja desinternado. Em entrevista, a defensora pública responsável pelo plantão no CRATOD afirmou:

[Os juízes] colocam “determino tantos dias que a secretaria municipal disponibilize serviço preferencialmente CAPS ‘tal’, para busca ativa para avaliação indicando tratamento adequado. Se indicada a internação, providencia por via administrativa”. Como vem “se indicada a internação”, o jurídico [do serviço de saúde] fala “é compulsória!” E tudo fica travado! (Entrevista com defensora pública, em 01/08/2013).

As relações históricas de subordinação dos serviços da saúde às ordens judiciais aparecem ainda nos casos em que o Judiciário esteja deslocando suas tradicionais atribuições e relegando a responsabilidade das decisões sobre as medidas a serem tomadas ao campo da saúde. Dessa forma, há ambiguidade da saúde em relação às medidas judiciais: se por um lado tolhem a autonomia dos profissionais e dos serviços, por outro possibilitam a desresponsabilização pelos destinos dos usuários e seus projetos terapêuticos.

Quanto mais ordem judicial tiver, mais a saúde se desresponsabiliza. Se uma pessoa ta internada por ordem deles, por indicação deles, eles vão ter que dar alta e ver pra onde essa pessoa vai. Então eles vão ter que articular uma redezinha mínima pra pessoa sair em alta. Quando ela tem ordem judicial, eles vão esperar do céu cair a alta. Quando cair a alta, abre a porta e Tchau! Não ta aqui por critérios médicos, ta aqui por critérios judiciais. Quem vai saber pra onde esse paciente vai, ou não vai, é o juiz. Você acaba com o atendimento daquele paciente. (Entrevista com defensora pública, em 01/08/2013).

As disputas que operam, seja no campo da justiça, seja no da saúde, no caso do atendimento que passou a ser feito no CRATOD, reverberaram intensamente nos serviços de internação. Ainda que as internações não sejam judicializadas, isso não impede que a involuntariedade das ações produza situações de aprisionamento e adoecimento, em nome da saúde.

A Medicina: o caso CAISM Pinel

Dois meses após a noticiada instauração do plantão do CRATOD, em abril de 2013, seus efeitos nos serviços que dispunham de leitos psiquiátricos já eram

notórios. As vagas anunciadas pelo governador no início do ano existiam de fato. Mas já estavam sendo ocupadas ...

Com o início das internações por via do novo polo de distribuição, novos fluxos foram imediatamente acionados para receber esses usuários que, por conta da visibilidade que o tema tinha ganhado, passavam a ser prioridade na rede e instauravam procedimentos nas margens da ilegalidade e desconformes aos ordenamentos da rede de saúde. Exemplos foram as denúncias provenientes de municípios do interior do Estado, onde era identificado procedimento de “reserva de vaga” para usuários vindos do plantão da capital, gerando desassistência a portadores de transtorno mental e interferência nas prioridades de urgência para internações, como no caso da cidade de Santos⁷⁰. Os “casos AD” entravam à força na rede de internações, como compulsoriedade para os serviços.

Caso paradigmático, o CAISM Philippe Pinel, serviço de referência de internações psiquiátricas, em especial de crianças e adolescentes do Estado, menos de três meses após o início do plantão, era alvo de denúncias do Ministério Público, por ter se transformado em “depósito de dependentes químicos”. A Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público (MP) contra o Estado (São Paulo, 2013) no caso Pinel constatava que o serviço (incluindo o Núcleo da Infância e Adolescência), que tinha o atendimento voltado a usuários com quadros de esquizofrenia e demais transtornos psicóticos, e dependentes químicos somente quando em comorbidade a outros quadros, teve sua clientela quase totalmente transformada para usuários de drogas provenientes do CRATOD. Em 24 de janeiro de 2013, os 67 leitos do CAISM passavam a ser destinados exclusivamente para demanda do CRATOD. No dia da visita do Ministério Público ao Hospital, as equipes haviam tomado conhecimento, pela diretora, que as clínicas masculina, feminina e adolescente não voltariam a atender pacientes psicóticos a curto ou médio prazo, impossibilitando qualquer contestação da política do Estado.

As condições averiguadas levaram Promotor de Justiça a afirmar que “há uma política do governo do estado de dizimar outros serviços para fingir que está fazendo

⁷⁰ Denúncia feita por promotora da cidade, sobre a reserva de 50% das vagas somente para encaminhamentos do CRATOD: “Promotora aponta irregularidades em leitos psiquiátricos do litoral de São Paulo”. Mariane Rossi. *Portal G1* [online]. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sp/santos-regiao/noticia/2013/04/promotora-aponta-irregularidades-em-leitos-psiquiatricos-do-litoral-de-sp.html>>.

tratamento de crack”⁷¹. De acordo com o MP, o termo de cooperação firmado pelo governo do Estado para o atendimento no CRATOD previa relatórios mensais sobre os pacientes internados, que, no entanto, nunca foram disponibilizados. O MP, com a ação, cobrava do Estado, por suas Secretarias de Estado de Saúde e da Justiça e Defesa da Cidadania que deixasse de encaminhar os usuários que não se enquadrassem no perfil de atendimento do serviço.

Nas apurações feitas junto às equipes do serviço, identificou-se que esse processo teve início sem que houvesse nenhuma forma de reunião ou discussão sobre a mudança do perfil dos casos, seja pela Secretaria do Estado da Saúde ou pela direção do CAISM. A mudança total do perfil dos internados foi acompanhada de ordem segundo a qual o “serviço tem que atender de qualquer maneira e não podem recusar nenhum paciente”, segundo médica do serviço (p. 10). Ou, mais especificamente, “a ordem passada foi no sentido de que os pacientes deveriam ser medicados e que não poderiam ser recusados” (p. 17, grifos nossos). O prazo para a internação era de 30 dias, apesar de avaliados como insuficientes pelos profissionais do serviço que, no entanto, como resposta recebiam a informação de que o prazo de diminuiria ainda mais, a fim de que mais pacientes pudessem ser atendidos.

Não havia informações sobre o destino dos pacientes psíquicos usualmente atendidos pelo serviço. De acordo com as apurações do MP, o Pronto Socorro Barra Funda estava passando por turbulências trazidas pelo início do atendimento maciço de pacientes com surtos psíquicos. Conclui-se que, com a urgente e compulsória entrada dos dependentes químicos na rede de internação, os fluxos de atendimento estabelecidos foram desfeitos e rearranjados em desconformidade às demandas dos usuários ou às atribuições dos serviços.

O CAISM Pínel já tinha uma proposta de construção de ala voltada ao atendimento de dependência química, não tendo ainda iniciado a reforma da nova estrutura. As mudanças trazidas pela mudança no perfil dos internados, repentinas e sem contar com preparação nem informe sobre a medida, causou grande impacto na dinâmica do serviço, dos profissionais e dos usuários já internados. Sob o imperativo do medo generalizado, os técnicos se veem reféns da situação, em “pânico” diante da

⁷¹ “‘Mostraremos a fraude que está sendo feita no Estado de São Paulo’, diz promotor”. *Rede Brasil Atual* [online]. 12/04/2013. Disponível em: <<http://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2013/04/vamos-mostrar-a-fraude-que-esta-acontecendo-no-estado-de-sao-paulo-afirma-promotor-do-mp>>. Acesso em: 12/12/2014.

chegada dos dependentes químicos, o que transforma o serviço em um campo de batalha.

No momento da entrada dos oito primeiros usuários, que segundo os técnicos foram “descarregados” na porta do serviço, houve um estranhamento entre os pacientes que já estavam internados e os recém chegados. Houve “medo” de ambos os lados. Um paciente agrediu fisicamente um funcionário e quebrou uma televisão. Segundo os técnicos, até hoje estão com problemas. Todos os dias precisam intervir em situações extremas. (São Paulo, 2013, p. 10-11).

Sobre os encaminhamentos, não havia um diagnóstico claro, nem tampouco a especificação dos motivos da internação. As guias de encaminhamento não traziam nenhuma informação fruto de anamnese, e o quadro clínico não era especificado para além do rótulo “uso de múltiplas drogas”, ou ainda não continha o CID (Código Internacional de Doenças) justificando a internação. Muitos dos pacientes recebidos foram, posteriormente, diagnosticados com doenças clínicas para as quais a estrutura do Hospital não era adequada, como hepatite, sífilis, HIV, e suspeita de tuberculose. Diante da queixa do Hospital quanto a isso, foram informados que os pacientes passariam antes por hospital geral, o que nunca ocorreu.

Observa-se, portanto, que a internação psiquiátrica, longe de representar cuidados em saúde, causa a negligência do estado com a saúde dos pacientes. Seja psiquiátrica, seja de ordem da clínica, não há avaliação do ponto de vista da saúde. Nesse processo, a equipe relata que “dois pacientes, um deles um adolescente (...) foram a óbito”, indicando a falta de estrutura do Hospital para tratar de comorbidades.

Com o recebimento dos “novos” usuários, instala-se um contraste entre os dependentes químicos e os psicóticos, que geram turbulências e conflitos no período em que os dois grupos conviveram. Argumentam os técnicos que, clinicamente, não é recomendado que convivam.

Durante algum tempo, no início, os pacientes psicóticos foram obrigados a conviver com os dependentes químicos e foram por eles vítimas de abuso sexual e violência física. (...) Os primeiros, inclusive, tem medo dos dependentes químicos. (São Paulo, 2013)

Estes [os dependentes químicos] sentiram-se incomodados pelos pacientes psicóticos que têm manias. Alguns são repetitivos, outros são homossexuais que ficam olhando os demais pelas frestas, outros se masturbam. Com a convivência citada, alguns pacientes psicóticos se desestabilizaram, ficaram persecutórios (Idem, 2013, p. 20).

Com a chegada dos dependentes químicos, irrompe uma sensação de medo generalizado dentre os usuários e equipe, por conta das questões surgidas com o tráfico de drogas dentro do Hospital. Também na Ala Masculina,

alguns dos ditos dependentes químicos para lá encaminhados realmente buscavam tratamento. Outros estavam ‘fugindo’ dos traficantes, possivelmente, porque a postura não era compatível com a de quem busca tratamento. Houve relato no sentido de que pacientes retiraram uma torneira do banheiro para fazer ‘cachimbo’. Eles, também, apanhavam seringas descartadas no lixo próprio (contaminado) pela equipe de enfermagem. (Idem, 2013, p. 19).

Nas anamneses feitas com os pacientes oriundos do CRATOD, desvendou-se que 80% tinham passagem pelo Sistema Penitenciário. Os próprios pacientes relataram isso de forma ameaçadora ou se jactando de sua condição. Daí porque, as declarantes e os demais funcionários sentiram medo. Ademais, os pacientes dependentes se formavam em guetos, com uma liderança e seus liderados. Agindo assim eles chegaram a estabelecer um local específico para uso de drogas. Inexistia possibilidade de intervir nessa situação. Por conta desse estado de domínio por parte dos pacientes dependentes químicos nenhum trabalho pode ser feito com eles, apesar de eles terem solicitado atividades. (idem, p. 20).

Incorporava-se a lógica institucional carcerária, ficando o serviço refém do domínio dos usuários e dos agentes da segurança pública. A equipe encarnava a função de vigilância dos usuários, controlando a entrada de drogas no serviço, e a diretoria passava a demandar articulação com a polícia, para administrar a circulação e venda de drogas no Pinel e no seu entorno. Respondendo às demandas de segurança e vigilância, as medidas assumidas eram de suspensão de direitos dos próprios usuários, como a visita familiar. Ficava em evidência o caráter repressivo que a internação assumia, assumindo contornos críticos, quando a polícia militar foi acionada pela suspeita de uso de maconha na Ala Masculina:

Os policiais que lá estiveram revistaram os pertences dos dependentes. A experiência foi traumática. Policiais empunharam armas engatilhadas no corredor da clínica, inclusive calibre 12. Inicialmente chegou ao local uma viatura do bairro e, logo após, mais seis viaturas da Força Tática. Assim que os dependentes perceberam a chegada da primeira viatura, correram para o andar de cima. (São Paulo, 2013, p. 23).

Abalados com o impacto da imposição do atendimento a essa população, e com a demanda de contenção dos usuários, os profissionais do serviço indicaram que não se encontravam capacitados para atender a esse perfil. Diante da imposição do novo perfil de usuários, a oferta de capacitação resume-se a um treinamento sobre contenção.

Cinco membros da equipe de enfermagem foram convocados, apenas, para participar de um curso de ‘contenção’. A carga horária do curso foi de oito horas. No curso, foram citadas a contenção medicamentosa, a contenção de fala e a contenção de espaço. A parte prática consistiu, apenas, na contenção física. (idem, p. 22).

Ouvidos, os usuários também avaliaram a inadequação do atendimento no serviço e o medo generalizado que o “despejo” daquela demanda causou.

Segundo um usuário da ala masculina, “... a maioria dos pacientes que estava no serviço fugiu e [...] os profissionais não estavam preparados para realizar o atendimento. Havia medo dos dois lados. Acredita que pela falta de preparo dos profissionais, houve tanta confusão dentro do serviço” (idem, p. 12).

Destaca-se o discurso de uma das adolescentes no que diz respeito ao medo do período pós-alta hospitalar, uma vez que sente que retornará ao padrão de uso e abuso de substâncias psicoativas anterior à internação. (...) ‘colocam a gente aqui para dar uma lavada, mas a gente é jogado de novo na lama’ (sic). (idem, p. 8).

A intervenção feita no CAISM Pinel, sob a urgência da demanda por vagas de internação que as políticas de recolhimento haviam produzido, em pouco tempo impacta toda a estrutura institucional do serviço, produzindo o medo generalizado. O imperativo da segurança pública desmonta o aparato terapêutico do serviço, resultando na disseminação de ameaças e abusos de toda ordem: o assujeitamento dos profissionais de saúde às diretrizes de encaminhamentos compulsórios; a mediação pelo medo e ameaça nas relações entre usuários e profissionais; os abusos entre os próprios usuários, aglutinados em distintos grupos – os “psicóticos” e os “dependentes” — reproduzem as violências institucionais sob a forma de agressões e estupros. O resultado são efeitos iatrogênicos graves, em que a necessidade de contenção prevalece, sob o pretexto do aumento da vulnerabilidade, da precarização dos quadros de saúde, e de violações de direitos.

Feita uma breve incursão pelas políticas urbanas adotadas sob a urgência do “combate ao crack”, o cenário das políticas voltadas a população em situação de rua que os anos 2010 inauguram recolocam as tensões existentes entre o cuidado e a proteção nas políticas de saúde, assistência social e segurança pública. O Plano de Enfrentamento ao Crack inaugura a década sedimentando a figura do dependente químico nas políticas públicas: por um lado fortalecendo o cuidado às questões de

álcool e drogas, produz também a redução das conflitualidades sociais e das precariedades das políticas públicas sob a consigna do consumo de drogas. Na situação de rua, onde a associação com o consumo das substâncias é cada vez mais disseminada, uma série de vulnerabilidades inerentes à miséria e à violência da vivência das ruas é ofuscada pelo imperativo do tratamento do consumo de drogas⁷².

Da mesma forma, o Plano não escapa ao histórico trato às drogas pela dupla via da criminalização e da medicalização, reafirmando as fracassadas políticas de guerra às drogas e combate ao tráfico, prevendo ações de vigilância e controle pelas políticas de segurança pública. No campo das ações socioassistenciais e sanitárias, observa-se uma heterogeneidade de perspectiva nos serviços previstos, que tanto reafirmam o trato assistencialista e moral à questão das drogas das Comunidades Terapêuticas, como incorporam novos dispositivos de atenção territorial, como o Consultório na Rua.

O caso da crackolândia mostra como as forças repressivas são convocadas a atuar diante do “problema social” causado pelo uso de drogas nas vias públicas do centro, impulsionados pelo imperativo de revigoração do espaço urbano e especulação imobiliária. Tomada na sua acepção como “territorialidade itinerante” (Frúgoli Jr e Spaggiari, 2010; Rui, 2013), a crackolândia perde sua conotação de geografia estática, como lócus determinado na cidade, tornando-se dinâmica instituída constantemente nas relações estabelecidas pelos usuários com a cidade e determinada pelos jogos de forças dos aparatos repressores do poder público e as estratégias de resistência dos usuários. No caso da Operação Sufoco, a análise dos heterogêneos discursos e práticas que são ativados pelas ações do poder público, denota a emergência do dependente químico em situação de rua, seja como segmento indesejável seja como sujeito de direitos (Rui, 2013).

Se a expulsão repressiva das ruas remonta aos episódios históricos da constituição da Boca do Lixo, a novidade das operações cujo alvo são os dependentes químicos está na centralidade que as políticas de saúde ganham na gestão dessa população. Na renovação do imperativo da internação psiquiátrica como forma de gerir a periculosidade, o poder judiciário comparece, em seguida, reacendendo as suas conflituosas interfaces com a saúde mental. Inaugurando uma espécie de “tribunal especial”, o anexo judiciário do CRATOD, se em um primeiro momento

⁷² Acrescenta-se o fato de que o consumo problemático do álcool supera o do crack, inclusive dentre a população em situação de rua, não incorporando o Plano Federal ações voltadas para essa problemática.

apresenta-se como catalisador de encaminhamentos compulsórios para a saúde, termina por tensionar as divergências dentro do próprio sistema de justiça. A atuação da Defensoria Pública no anexo judiciário assume a função de articulação de rede, ativando os fluxos de atendimento ambulatorial, sob a ótica da garantia de direitos.

Por fim, a análise das internações compulsórias no CAISM Pinel mostra a incorporação de lógicas repressivas e carcerárias por serviços de saúde, incumbido da função de contenção dos usuários apreendidos. Nesse caso, apesar dos encaminhamentos serem provenientes do recém inaugurado CRATOD, não contam com determinação judicial de internação, denotando que a compulsoriedade desses atendimentos também é efeito da escassez das políticas de saúde e dos tensionamentos dos modelos de saúde que ali se protagonizavam. Assim, vemos encenadas as complexas relações entre distintas concepções ético-políticas de trato à população de rua, em que a internação é alavancada como resposta à miséria social, à ameaça de determinados segmentos, em contraposição a uma ótica da defesa da vida e dos direitos.

Veremos a seguir como estes efeitos e tensionamentos aparecem nas internações psiquiátricas de um serviço especializado para “dependentes químicos”. Trata-se do referido SAID, criado como parte da Ação Integrada Centro Legal em 2010, para atender a população em situação de rua do centro da cidade. Analisaremos como, ao longo de seu funcionamento e com o reconvenimento que sofre em 2013, passa a absorver outras demandas, de crianças e adolescentes provenientes de outras regiões da cidade e do sistema socioeducativo, mantendo, contudo, uma forte marca da involuntariedade e compulsoriedade nas internações.

Capítulo 4:

As tóxicas tramas da abstinência: adentrando um serviço de internação psiquiátrica de crianças e adolescentes

Quando o vi deitado com mãos cruzadas no colchão do PS pensei "Ele tá vivo?". Logo um outro paciente me pergunta "Ele tá morto?". Ficamos ambos olhando pro menino que agora já era homem, corpo marcado, agredido, uns poucos fios de barba saindo do queixo. O paciente me explica: "usou muita droga". Concordo e seguro a mão de Daniel, quente: está vivo. Na tênue linha entre a vida e a morte, nem mesmo ninguém consegue lhe garantir que há um lugar no mundo dos vivos para ele. Completos os 18 anos, não pode mais ficar no abrigo, ainda que os técnicos soubessem o quão prejudicial poderia ser sua volta para casa. Sem surpresas, nem a mãe que não o quer por perto, fanática religiosa, nem o pai, esquizofrênico com pouca condição de cuidar do menino, podiam acolher o tamanho do seu desamparo. As assistentes sociais fazem ligações, durante dias, durante meses. Abrigo, residência terapêutica, república jovem, moradia assistida, albergue especial. Nada se enquadra ao seu perfil, ou nenhum perfil se enquadra a um lugar de cuidado, onde ele caiba. Desapareceu por meses. Quando soubemos de novo dele, estava no PS Psiquiatria. Seu diagnóstico: dependente químico, comorbidade esquizofrenia. Em breve seria transferido a um lugar especializado. (Diário de trabalho, 2010).

Foi nas margens de Heliópolis⁷³, uma das maiores favelas da cidade de São Paulo, na fronteira com o município de São Caetano do Sul, que escolheu-se instalar uma clínica de internação psiquiátrica de dependentes químicos. A estrutura utilizada para a implantação do serviço abrigava anteriormente um motel, ironia que obriga o poder público a transformar a arquitetura das imoralidades do prazer em um edifício da abstinência.

Inaugurado na gestão do então prefeito Gilberto Kassab, em 2010, a escolha do local justifica-se no discurso do vereador (Domingos Dissei) que acompanhava o evento de entrega do serviço: "O Centro está em uma localização estratégica. Nunca foi investido onde é preciso, como é o caso de Heliópolis. Agora, o Centro vem combater essa maldade, que é a dependência química"⁷⁴. Estrategicamente, o público

⁷³ Favela localizada na zona sul da cidade de São Paulo, cuja ocupação data do início dos anos 70, quando famílias foram levadas para um alojamento supostamente temporário no terreno, desalojadas de uma favela na Vila Prudente. Atualmente, conta com cerca de 125 mil habitantes e é conhecida pela forte organização comunitária, que gerencia escolas infantis, serviços da assistência social, lavanderias e rádios comunitárias.

⁷⁴ "Dependentes ganham serviço". *Ipiranga News*: Jornal Eletrônico Semanal [online]. Disponível em: <<http://www.ipiranganews.inf.br/anterior4/materia12.htm>>. Acesso em: 12/12/2013.

alvo do serviço já era dado como fato: a população pobre e periférica, que carrega consigo o mal.

Ainda que relativamente próxima ao Terminal Sacomã, a Avenida Almirante Delamare, onde fica o serviço, é margeada por grandes terrenos abandonados ou semi-ocupados, e a circulação majoritária é de carros que passam em alta velocidade, raramente vendo-se pessoas circulando a pé. Na entrada do serviço, que exhibe grandes portões e altos muros, a única opção é comunicar-se por um pequeno interfone, no esforço de vencer o ruído insuportável da via, até que sua entrada seja autorizada e as portas se destravem, uma a uma, e possa ser recebido por alguém da equipe de segurança.

Para entrar no edifício, é preciso deixar os pertences em um armário e preencher um formulário detalhando os objetos que se levará para dentro do prédio. Questionando diversas pessoas sobre a necessidade de tal procedimento, receberemos como resposta apenas “são motivos de segurança” e, talvez, à meia voz, que a medida serve também como precaução contra roubos entre funcionários.

Amplo, o terreno abriga vários prédios, onde funcionam a administração, o refeitório e as diferentes alas, separadas, que atendem adultos (feminino e masculino) e crianças e adolescentes (feminino e masculino). As alas masculinas e femininas são separadas por um longo corredor murado, a fim de que não se desviem as atenções do tratamento. Ao fundo de toda a estrutura, duas quadras de esportes, e um muro que separa o hospital de uma escola, conhecido pelos jovens e pelos técnicos como uma das principais rotas de fuga do hospital.

As paredes brancas e o vai-e-vem de profissionais de jaleco denotam um ambiente asséptico, abstermismo. Nas paredes, cartazes sobre o programa de “ambiente livre de fumo” e oferta de combate ao tabagismo. Ao final de longos corredores, encontraremos as enfermarias. Separada por um grande vidro, da sala da equipe técnica pode-se observar a totalidade da sala de convivência, onde um dos ambientes comporta a sala de TV e o outro a mesa de atividades. Lembra a arquitetura panóptica, tal como descrita por Bentham e analisada por Foucault (2006): “é como aparelho panóptico que o hospital cura” (p. 127). Os quartos e banheiros dos internos, da mesma forma, não tem portas, assim como o local de guarda de pertences, prateleiras não individualizadas, que tampouco podem fugir aos olhos da equipe.

A distribuição dos espaços sugere uma visibilidade permanente e total dos usuários pela equipe de profissionais. Veremos como a vigilância constante do ambiente, do corpo e da conduta será o principal fio condutor da terapêutica do hospital. Se os princípios do modelo panóptico incluem o isolamento dos indivíduos e a dissociação dos efeitos de grupo, o ambiente hospitalar também investe na serialização dos corpos e das subjetividades. Uniformizados, os meninos usam azul na enfermaria masculina, as meninas, rosa na feminina. Massificando os corpos, reduzem-nos ao máximo à condição de internos.

No quadro de controle da equipe, os nomes dos internos figuram ao lado da tabela dos códigos de aferição de riscos. “Risco de fuga”, “risco para contenção mecânica”, “risco para intercuro sexual”, “risco de queda”, “risco de heteroagressividade”, “risco de suicídio”. De acordo com cada código, uma conduta específica para o caso. Também na parede encontra-se um quadro de atividades. Dentre estas, algumas são consideradas “especiais”, como jogar videogame, ir ao cinema montado dentro do próprio hospital. Estas, os adolescentes têm que “comprar”, com os pontos acumulados, em decorrência de bom comportamento, não bater nos outros, não ter intercuro sexual.

Aparentemente medicados, os pacientes assistem TV ou perambulam pelo pátio externo, reúnem-se em pequenos grupos em torno dos técnicos. Uma delas é Bruna⁷⁵. Sobressai no cenário de alheamento: os olhos anestesiados parecem sobressaltar-se e fixam-se no médico que entra na enfermaria. Colada à sua presença, a adolescente pergunta-lhe insistentemente sobre a resposta do juiz, as feições ansiosas, a atenção vidrada. A vaga resposta indica que não há resposta. Imediatamente, põe-se a chorar e se afasta, vagando chorosa pelos abraços das outras pacientes e dos técnicos. Alguns minutos depois, tem novamente o olhar perdido e a postura resignada.

4.1 A emergência de um serviço de internação especializado em “dependentes químicos”

Criado em 2010, com a finalidade de incorporar a Ação Integrada Centro Legal (já referida no item 3.1), o Serviço de Atenção Integral ao Dependente (SAID) tinha como principal objetivo acolher a demanda da população em situação de risco, especificamente em situação de rua, que era abordada e encaminhada por meio dos

⁷⁵ Cujá história será contada ao final do capítulo. Todos os nomes aqui usados são fictícios.

outros serviços que compunham a Ação (unidades de AMA e CAPS da região central e depois de CAPS, Pronto Socorros e Hospitais de outras regiões da cidade). As vagas eram fornecidas por via do Plantão Regulador de Vagas em Psiquiatria e as internações recebidas no serviço seriam, prioritariamente, involuntárias, podendo ser encaminhadas por via judicial (Projeto de atendimento SAID, s.d.).

O SAID, conforme documento de apresentação do serviço, oferecia “unidades para atendimento em regime de internação, direcionado a pacientes cujos quadros estejam associados e/ou induzidos por uso de álcool e/ou outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas), com ou sem distúrbios de humor e comportamentos graves que requeiram atendimento intensivo associado (co-morbidade associada)”. (Idem).

Dentre os objetivos do serviço, a internação visava reduzir os fatores de risco, em distintos níveis: “a) recuperação (clínica, social e educacional); b) identificação de oportunidades (a partir da chegada do paciente, detecção de oportunidades correspondentes aos seus interesses no plano de vida); c) motivação (identificar fatores positivos que possam compor o plano de vida ou sonho que pode motivar cada paciente – reforço positivo); d) capacitação (uma vez que as capacidades e interesses do paciente são identificadas deve-se elaborar um plano de atividades terapêuticas e de apoio educacional)”. (Idem).

Na chegada, o usuário passaria por triagem, com equipe (psiquiatra e enfermeira) de plantão, podendo ficar até 72 horas em observação, antes de dar entrada oficialmente na internação. O tempo de permanência previsto era de um a três meses. A equipe era composta por cerca de 210 profissionais, médicos psiquiatras, clínicos, hebiatra, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, profissionais de atividades desportivas, monitores em dependência química, nutricionistas, dentista, enfermeiros e técnicos de enfermagem, oficineiros e pessoal de apoio técnico e administrativo. As atividades oferecidas eram individuais e grupo, e cada paciente tinha uma equipe de referência responsável pelo “manejo” do seu caso.

Assim como a maior parte dos serviços de saúde da cidade de São Paulo, a gestão do SAID era feita por meio de uma Organização Social, no caso o Hospital Samaritano. A prática de conveniamento dos serviços da saúde prevê um contrato de prestação de serviços junto à Secretaria Municipal de Saúde, por meio do qual transfere-se a gestão administrativa, técnica e de recursos humanos à Organização

Social eleita, que recebe os recursos financeiros do município. As contratações são feitas por meio de leilão, no qual as empresas apresentam suas propostas, as quais são avaliadas tendo por principal critério o menor orçamento apresentado.

Ainda que sob a administração indireta, a prestação dos serviços não está isenta do alinhamento às diretrizes públicas do SUS de ordenamento da rede de saúde e dos princípios ético-políticos de atenção e do controle e monitoramento do Estado. No entanto, como resultado dessa prática, em muitos casos, assistimos à prevalência dos interesses privados sobre os do público, à dificuldade no controle da prestação de contas do recurso público investido, à precarização nos contratos de trabalho e à rotatividade de profissionais, à “quarteirização” de determinados serviços. No caso do SAID, as equipes técnicas eram contratadas por meio de uma outra prestadora de serviço, a OS (Organização Social) CEJAM, com a qual mantinham o vínculo empregatício.

Como abordagem metodológica, o serviço ancorava-se em “técnicas cognitivo-comportamentais baseadas em evidências”, em especial nas técnicas CRA (Community Reinforcement Approach) e A-CRA (Adolescent Community Reinforcement Approach), modelos norte-americanos de tratamento comportamental de usuários de substâncias psicoativas, que objetivam o desenvolvimento de habilidades sociais e comunicativas para resolver problemas do dia a dia, como forma de cessar o uso de álcool e outras drogas.

O modelo de atendimento utilizado era, especificamente, o da Chesnut Health System⁷⁶, entidade norte-americana que divulga metodologia patenteada para tratamento de dependentes químicos. O Hospital Samaritano, OS responsável pelo SAID, pagava pelos direitos de utilização da abordagem, tendo realizado “adaptação cultural” do método, pretendendo validá-lo no Brasil posteriormente. O atendimento, portanto, fundamentava-se no gerenciamento dos “reforços positivos”, como ligações telefônicas externas, visitas de amigos e passeios, que eram condicionados à realização de tarefas e “cumprimento” das etapas da metodologia. Tanto o grupo como o indivíduo tinham “estrelas” vermelhas, amarelas ou verdes, apontando seu

⁷⁶ Serviço de saúde mental “non profit”, localizado no estado de Illinois (EUA), que realiza “prevenção e tratamento” de demandas de saúde mental e dependência química, “housing” (residências assistidas de longa permanência) e pesquisa em metodologias comportamentais voltadas para a saúde mental e dependência química. Chesnut Health System [online]. Disponível em: <<http://www.chestnut.org/>>. Acesso em: 12/11/2013.

grau de “comprometimento”, que condicionava a autorização de atividades consideradas prazerosas (por exemplo, guerra de bexiga de água no pátio).

No processo de desinternação, fazem contato com rede do local de origem do usuário, referenciam o caso ao CAPS local, levam o usuário para acolhimento no CAPS antes da desinternação.

A “UTI do crack” vai a leilão

Em novembro de 2012, após dois anos de funcionamento, os contratos entre OS e prefeitura foram alvo de denúncias e investigação em inquérito civil aberto pelo MP. O processo apurava se havia gastos suspeitos ou desnecessários no contrato, já que o valor médio pago pela prefeitura à OS chegava a R\$ 20 mil por paciente ao mês, quando a clínica estava lotada. O valor da diária, cerca de R\$ 650, era, inclusive, superior à média das clínicas particulares, entre R\$ 300 a R\$ 500. O valor total do convênio era de R\$ 18 milhões por ano⁷⁷.

Com o contrato com o Samaritano vencido em janeiro de 2013, e a publicização do encerramento do convênio, teve início um processo de mobilização dos profissionais do serviço, na iminência da demissão em massa. Os profissionais publicizaram uma carta de repúdio ao encerramento do convênio⁷⁸ e chegaram a manifestar-se em frente à Secretaria de Saúde pela continuidade do serviço. Logo após o início do processo de novo edital de licitação do serviço, que sugeria o valor de R\$ 19 milhões de reais por ano, o MP novamente suspendeu esse “leilão”, por conta dos altos custos, que superavam o contrato anterior⁷⁹.

O edital que se seguiu, de março de 2013, abria o processo de licitação de empresa para prestação dos serviços, tendo como critério de definição o “menor preço global mensal” apresentado pelo serviço. Justificava o serviço:

Tendo como referência a Política Nacional do Ministério da Saúde na atenção e tratamento aos dependentes químicos – em especial ao uso de “crack” nos

⁷⁷“Samaritano não vai mais cuidar de clínica de viciados”. *O Estado de São Paulo*, 16/01/2013. Disponível em: <www.estadao.com.br>. Acesso em: 10/01/2014.

⁷⁸ “Causa-nos espanto e indignação que um serviço que apresenta trabalho sério, competente e comprometido, seja fechado sem uma justificativa plausível. Sim, porque não obtivemos até agora, explicações sobre o fato, seja por parte dos parceiros envolvidos, Prefeitura de São Paulo, Hospital Samaritano e Cejam, seja por parte da Autarquia Hospitalar Municipal de São Paulo. Estamos fechando e deixando à deriva inúmeras famílias que, inegavelmente, se beneficiariam de nosso trabalho.” (Equipe de profissionais do SAID).

⁷⁹ “Saúde cancela licitação para clínica de viciado”. Felipe Frazão. *O Estado de São Paulo*, 16/01/2013. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,saude-cancela--licitacao-para--clinica-de-viciado-,985184,0.htm>>. Acesso em: 17/01/2013.

grandes centros urbanos – que preconiza o atendimento ambulatorial, de serviços residenciais terapêuticos e o tratamento na fase aguda em leitos no Hospital Geral, estamos implantando uma estratégia de atendimento aos pacientes com quadros agudos em um projeto inovador de desintoxicação e internação para adolescentes dependentes que necessitem de um tratamento mais prolongado. (Edital de licitação n. 036/2013: termo de referência).

O número de vagas permanecia 80 leitos⁸⁰, no entanto a nova distribuição privilegiava o público adolescente masculino: “dez leitos para adulto masculino; cinco leitos para adulto feminino; 50 leitos para adolescente masculino; quinze leitos para adolescente feminino”. Em detrimento do período de um a três meses do antigo SAID, o edital previa “período de dez a 20 vinte dias de internação de desintoxicação. Na enfermaria de tratamento prolongado de 20 leitos de adolescentes masculino o período de internação será de 60 dias” (Idem).

Ainda que o serviço criasse a distinção entre as vagas de “desintoxicação” e de “tratamento prolongado”, observava-se que “a Autarquia Hospitalar Municipal e o Complexo Regulador Municipal, através de seus representantes, viabilizarão a transferência, para unidades públicas ou contratadas pela Secretaria Municipal de Saúde, de pacientes cujo quadro seja considerado grave e que necessitem de internação de longa permanência”. Dessa forma, diante da alta médica, o edital previa o encaminhamento dos usuários para serviços ambulatoriais, CAPS AD e CAPS Infantil, além da previsão de transferência para Comunidades Terapêuticas ou Residências Terapêuticas Especiais.

O novo modelo do serviço previa, da mesma forma, a diminuição do quadro de profissionais do serviço. Dos cerca de 210 profissionais que atuavam no SAID, a equipe se reduziria para 90, dentre eles: quatorze médicos psiquiatras (sete médicos assistentes diaristas e sete médicos plantonistas); dois médicos clínicos; dois psicólogos; três assistentes sociais; dois terapeutas ocupacionais; doze enfermeiros; 42 técnicos de enfermagem; um farmacêutico; quatro técnicos de farmácia; três auxiliares técnicos administrativos; dois encarregados administrativos; um coordenador médico assistencial; um diretor técnico e uma chefe de enfermagem.

Com o edital reformulado e o “enxugamento” financeiro do serviço, a disputa pelo conveniamento ainda sofreria disputa judicial entre os concorrentes, até que foi anunciada a vencedora da licitação: a Associação Paulista para o Desenvolvimento da

⁸⁰ O edital determinava taxa mínima de ocupação de 85%, para que os recursos financeiros fossem integralmente repassados à Organização Social. No caso de ocupação inferior a esse percentual, o recurso sofreria desconto, calculado proporcionalmente aos leitos desocupados por dia.

Medicina (SPDM), Organização Social vinculada à UNIFESP. A equipe que assumiu a gestão do serviço era vinculada ao Departamento de Psiquiatria e, especificamente, à Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), centro de pesquisa, capacitação e atendimento na área de álcool e drogas, coordenado pelo psiquiatra Ronaldo Laranjeira. Em abril do mesmo ano, o serviço foi reinaugurado, sob a denominação de UNAD (Unidade de Atendimento ao Dependente).

O *Jornal da Gazeta* (09/04/2013) anunciava: “Prefeitura de São Paulo muda o serviço de desintoxicação de dependentes de drogas, principalmente do crack, prometendo mais eficiência no tratamento e economia significativa para cofres públicos”. O diretor do novo hospital garantia “compromisso de trabalhar com qualidade e eficiência financeira”. A UNAD, sob a gestão da nova OS e tendo sua demanda reorientada para o enfoque no público masculino adolescente, teve início em abril de 2013. Documento de apresentação do projeto terapêutico da instituição define como seu principal objetivo:

Promover uma etapa do tratamento da dependência química e suas comorbidades de acordo com o projeto terapêutico singular, no momento em que o paciente necessita de maior continência, até que haja condições para que ele continue o tratamento na rede cuidados de menor complexidade. (UNAD, 2013).

Os objetivos específicos são desenhados em torno dos processos de: desintoxicação, quando o sujeito fica sem acesso às substâncias psicoativas a fim de ter a abstinência em seu repertório; avaliação médica, psicológica e social, a fim de realizar um diagnóstico global da saúde por meio de avaliações e exames; intervenção medicamentosa a respeito dos quadros comorbidos; oferta de espaços terapêuticos; articulações com a rede de saúde e proteção social (Idem).

A finalidade da UNAD é compor essa rede assistencial, oferecendo uma das etapas desse processo de tratamento, promovendo intervenção na crise, estabilização do quadro psiquiátrico e desintoxicação das substâncias psicoativas. Para alcançar esse objetivo, trabalhamos com internação de curta e média permanência (entre 20 e 60 dias) através de tratamento multidisciplinar (médico, psicológico e social/familiar), com vista à inserção do paciente no processo de tratamento ambulatorial após a alta. (UNAD, 2013).

Os atendimentos feitos aos usuários eram individuais e em grupo, guiados pela “inclusão social, estímulo a qualidade de vida, ressocialização”, “acolhimento, resgate da auto estima e cidadania, incentivo para atividades laborativas de geração de renda” fortalecimento de vínculos familiares” (Idem, 2013). O atendimento das

famílias também era realizado de forma individual e em grupo, sendo raras as visitas domiciliares.

A metodologia era baseada, assim como o SAID, na Terapia Cognitivo-Comportamental, tendo como principais eixos terapêuticos: Prevenção de recaída (Processos de recaída; Situações de riscos e proteção; Gatilhos; Habilidade de enfrentamento de situação de risco); Habilidades (Manejo de raiva; Manejo de fissura; Assertividade; Fazer ou receber elogios e/ou críticas); Estímulo psicopedagógico (Sondagem pedagógica; Reabilitação); e Incentivos Motivacionais (Entrevista motivacional; Programa Ligando pontos). (UNAD, 2013).

A mudança no convênio do serviço e o seu consequente fechamento e reabertura, assim como a mudança da Organização Social que o gerenciava, resultou em transformações na organização do serviço, apesar de que seguia tendo como objeto principal a internação de “dependentes químicos”, sob o regime hospitalar. A ampliação de vagas de crianças e adolescentes, em especial do sexo masculino, foi uma das principais transformações, assim como a diminuição do tempo de internação. Ressalte-se que o próprio edital proposto pelo Município para o reconvenimento do serviço fazia dos adolescentes do sexo masculino o seu principal público alvo, aumentando de 25% para 62,5% a proporção do número de vagas desse perfil em relação aos adultos e às adolescentes do sexo masculino.

Ao mesmo tempo, ampliou-se para duas alas de adolescentes do sexo masculino, ficando designada uma separação entre a enfermaria de desintoxicação, com prazo de 20 a 30 dias de internação, e o setor de “longa permanência”, que reservaria 20 vagas com o prazo de 60 dias de permanência.

4.2 O que dizem os prontuários?

Em prateleiras repletas de arquivos e papéis de diversas espécies podemos encontrar os prontuários dos serviços de internação. Invariavelmente, estão em pequenas salinhas ou em lugares onde o espaço beira o insuficiente para armazenar aquelas enormes quantidades. Também muito comumente, encontramos a figura do guardião desses arquivos, que os organiza e controla a sua alimentação. Esse bibliotecário de tantas crônicas de desimportantes vidas é aquele que nos guiará pelas desordens dos documentos, pelas informações extraviadas, pelos prontuários desconstruídos. Diante da frieza do vocabulário técnico-científico-jurídico, ele imprimirá algumas palavras afetivas a respeito dos internados, comentará o que se

disse pelo Hospital a respeito desse ou daquele ... Ficaremos atentos ao que nos diz e escolheremos a pilha por onde começar.

Visitando os volumosos prontuários do serviço, no entanto, perdemos nas evoluções médico-fisiológicas, nos protocolos da enfermagem, nos exames clínicos e receituários de medicação. São raros os fragmentos das histórias extra-muros dos adolescentes, das relações com a família, de traços singulares de conflitos, de singularidades de desejos. Nos relatórios, vagas passagens indicam a existência de relações familiares, olhadas sob a ótica dos conflitos sedimentados e sem possibilidades de elaboração. Vejamos o que eles contam a respeito das internações.

A motivação da internação, assim como o processo que culminou nesta, invariavelmente aparecem referidos burocraticamente, sob vagas categorias como “motivos da internação”, “queixas iniciais”, “justificativas da involuntariedade”, que na maior parte das vezes trazem descritores genéricos: “risco social”; “dependente de crack e cocaína”; “risco de auto e heteroagressividade”, “controle de riscos”, “não consegue ficar abstinente”, “baixa adesão a tratamento ambulatorial”, alguns simplesmente “menor de idade” ou “ordem judicial”.

Na sequência dos laudos de internação, poderemos encontrar nada mais do que vestígios do discurso dos adolescentes, reduzidos sempre a: histórico de envolvimento com drogas, com a situação de rua, com o tráfico, padrão de uso, adesão ao tratamento. O discurso que se constitui em torno do adolescente tem como eixo principal a relação com as drogas, muitas vezes restringindo-se a essa perspectiva. Tudo o que se ouvirá do que dizem, será também com base no que revela das suas reais determinações de interromper o uso, da crítica a respeito dos prejuízos trazidos pela sua condição, sendo esta, exclusivamente, a de um usuário de drogas.

[O adolescente] entende que a dependência química é fator negativo para seu desenvolvimento e assume que foi influenciado por maus elementos a iniciar o uso de drogas o que gerou a dependência. (DJAS/UNAD).

Queixa inicial: ‘quero me tratar das drogas’. (RAS/SAID).

Paciente dependente de crack, ainda com episódios de fissura com discurso que manterá o uso. (BBB/UNAD).

As entrevistas iniciais, os laudos de internação, os relatórios de encaminhamento, imbuem-se da tradição confessional, operando em função de uma extração dessa verdade: da assunção dos vícios, do detalhamento da rotina de uso, das verdadeiras intenções de vir a ser abstinente, de transformar suas relações com os prazeres. Em que pese o sujeito afirmar a sua voluntariedade ou resistir, insistindo no

desejo de voltar a usar, a entrada na internação dará início a um minucioso e detalhado processo de escrutínio das vontades, da confissão dos prazeres para que do sujeito faça emergir o dependente químico, o viciado em recuperação. Como protesto, um adolescente escolhe o silêncio:

[Na entrevista inicial] o adolescente é pouco colaborativo ao exame, diz que não quer falar tudo novamente e que eu leia o que já foi anotado. (LMS/SAID).

A insistência na produção e reprodução desse discurso, prática que permeia outras instituições por onde esses adolescentes circulam, como Fundação CASA, acolhimento institucional, termina, da mesma forma, por produzir uma espiral de intermináveis interrogatórios, de repetições das mesmas fórmulas de investigação sobre as demandas daquele jovem.

Para além de produtor do discurso de si, da sua aceitação enquanto sujeito-alvo do tratamento para dependência química, os documentos dão sinais de que muitas vezes as decisões que são tomadas a respeito dos adolescentes permanecem à margem de seu conhecimento e da sua capacidade de intervenção. Exemplo é a não compreensão, muitas vezes, dos aspectos que levaram à internação: “foi colaborativa na internação [mas] não entende o motivo dela ser por determinação judicial” (BGS/UNAD), ou ainda a incompreensão total dos motivos da internação: “me trouxeram para cá e eu nem sei porque” (CAM/SAID).

Em relação à família, poucas informações: “mãe é doméstica, pai é aposentado e etilista” (MPNS/SAID); “ausência paterna em seu desenvolvimento” (MGDS/UNAD); “participação da família precária” (MPNS/SAID); “genitora tem relato bem empobrecido” (LASC/UNAD); “dinâmica familiar caótica” (RMC/UNAD); ou ainda simplesmente “sem família”. Uma frase ou outra, talvez, dará indícios da circulação pelos serviços de acolhimento institucional, experiências sobre as quais não teremos maiores informações: “Acolhido em ...”; “fugiu em ...”; “aguarda vaga para ...”.

Na presença de ordem judicial para internação, há maior probabilidade de que se encontrem relatórios de outras origens: equipe técnica do juízo, acolhimento institucional, CREAS/CRAS. A burocrática máquina do Judiciário que, por um lado, massifica os procedimentos e submete-os à sua morosidade própria, paradoxalmente, permite também um acúmulo de maiores informações e a entrada de outros atores na composição dos discursos sobre cada caso. O discurso central que prevalece é, no entanto, o do próprio juiz: “encaminhado para emergência psiquiátrica para aguardar vaga na UNAD para internação decretada por juíza”; “comunico que a medida de

internação-sanção foi revogada e foi aplicada a medida de internação [psiquiátrica] por prazo indeterminado" (GCS/UNAD), ou ainda o seu silêncio diante da requisição de autorização para alta médica.

Logo adiante, no prontuário, encontraremos o material que engrossa suas páginas, as evoluções da enfermagem e da equipe multiprofissional: "aceitação de 100% da dieta"; "realizou higiene bucal"; "veste e higiene adequados"; "bom padrão de sono"; "hábito alimentar normal"; "eliminações vesico-intestinal normais". Intermináveis repetições da vigilante presença da equipe de enfermagem, e seu controle esquematizado nas grades de observação, nas condutas determinadas por protocolo para cada paciente, na disciplina da sua própria observação. O corpo, nas suas regularidades fisiológicas, nas suas alterações físico-químicas, será o alvo de descrição minuciosa e do olhar vigilante da equipe, naquilo que pode indicar quanto às possíveis disfunções.

Da mesma forma, o comportamento será alvo de descrições categorizadas: "bom contato verbal, não refere queixas"; "humor tranquilo"; "colaborativa"; "afeto adequado"; "receptiva com a equipe"; "não verbaliza ideação de fuga"; "participou adequadamente das atividades". Será dessa monotemática e regular listagem do bom comportamento, em que "adequação" é o tomada como o critério base de avaliação do comportamento, que irão irromper as inadequações, as "intercorrências":

Comportamento inadequado, pueril, debochado, provocativo, necessita de orientações frequentes e limites de espaço, não melhorando seu comportamento. (IWTS/SAID).

Paciente começou a apresentar comportamento agressivo, ameaçador, hostil, inadequado, agredindo funcionários. (LMS/SAID).

Evolui mantendo comportamento adequado na maior parte do tempo, por vezes com brincadeiras inadequadas. (BAS/UNAD).

As inadequações surgem nas relações com a equipe e com outros pacientes, ao que se seguem as orientações, manejo, limitações de espaço, contenção física e química, em ordem proporcional às recusas do paciente mudar o comportamento. A redução do corpo aos seus aspectos biológicos e comportamentais permite empreender a correção das condutas naquilo que está em desacordo com o comportamento adequado esperado para os adolescentes. A inadequação do comportamento, no entanto, não foge a uma certa hierarquização de padrões morais preexistentes, em que aparecem conflitos socioculturais de diferentes universos de valores:

Adolescente segue inadequado com cânticos de apologia ao crime, foi pontuado porém teve pouca escuta. (JDSC/SAID).

[Na entrevista inicial, um adolescente porta] vestes inadequadas (femininas). (DRS/SAID).

Evolui mantendo comportamento inadequado, desacatando normas e rotinas da unidade, agressiva verbalmente com a equipe. Após colocação de limite, comportamento por vezes sexualizado, foi colocado em contenção de espaço, resistente para acatar. (BAS/UNAD).

Além da contenção de espaço, o uso da medicação aparece, também, como recurso com frequência utilizado, quando o adolescente resiste a acatar as regras.

Tentou agredir outro paciente, limitado no leito (...) Medicado via IM, contenção de espaço por 30 minutos. (MCS/SAID).

Ainda que o projeto de atendimento do SAID contasse com política específica de “utilização do menor número de medicamentos possível a cada caso” (SAID, s.d.), notam-se usos em que a medicação aparece como forma de evitação e aplacamento de situações difíceis para a equipe.

[O adolescente] é surpreendido fazendo sexo oral em outro paciente, é repreendido. Antecipação da medicação. (DRS/SAID).

Após telefonema [para a mãe], M começa a chorar, conta que foi informado no telefonema do falecimento da avó da Bahia, quando já não tinha contato com a mesma. Mesmo após manejo, segue chorando no quarto (...) Chamo plantonista que avalia e pede para adiantar medicação das 22h. (MPNS/SAID).

Prevalece, ao menos nos registros dos prontuários, um trato asséptico aos usuários, que muitas vezes resulta no silenciamento dos conflitos. Especialmente no que se refere às agressões e às questões da sexualidade, tendem a ser tratadas de forma individualizada e como reprimenda moral ou corretiva, seja verbal, física ou quimicamente. Como cuidado em relação aos efeitos das contenções do ponto de vista do adolescente, pudemos observar somente as avaliações sobre suas condições físicas.

Paciente não apresenta lesões em pele nos locais que ficaram em contato com a faixa, não referiu alergia ou alterações relacionadas ao procedimento. (BBB/SAID).

Chamamos a atenção, aqui, não para a real necessidade de tais condutas, mas para os efeitos de tamponamento das implicações subjetivas e singulares de tais expressões, que terminam por caracterizar apenas um “protocolo de contenção” na história institucional do adolescente. Da mesma forma como a evolução do caso se dá a partir dos critérios de adequação/inadequação dos comportamentos, também assim se configura sua avaliação quando da alta hospitalar.

Paciente passou a apresentar melhora clínica importante, dentro de suas limitações cognitivas, participando ativamente das atividades, com comportamento adequado e coerente. (RMC/UNAD).

Apresentou-se adequado quanto ao comportamento e conduta (...) Com isso, conclui-se que os comportamentos impulsivos e agressivos que motivaram a internação são consequências do uso de substâncias psicoativas e podem ser explicados pelo próprio uso de drogas e pelo meio social em que vive. (WBGRS/UNAD).

Participou de todas as atividades psicológicas propostas e demonstrou razoável elaboração de sentimentos e emoções. (MDGS/UNAD).

Paciente apresentou mudança do comportamento inadequado conseguindo seguir a maioria das regras de convivência durante a internação. (VWOC/UNAD).

É, portanto, na permanente vigilância e controle do corpo em sua fisiologia e seus comportamentos, que a internação hospitalar centraliza sua terapêutica. Não nos interessa excluir o lugar de cuidado que pode haver nas relações cotidianas com a equipe de profissionais e na rotina hospitalar, especialmente nas situações de crise. No entanto, perguntamo-nos sobre as possibilidades que desta intervenção possam desdobrar-se condições de autonomia no cuidado dos adolescentes que por lá ficam, em alguns casos, durante meses. A tutela e a vigilância permanente, associada à necessidade constante de produção de uma verdade do sujeito dependente químico pode, pelo contrário, reiterar uma posição de assujeitamento a um discurso da culpabilidade e da inadaptação, que não potencializa o sujeito nas suas possibilidades de cuidado no extra-muros.

A aproximação à rotina hospitalar por via dos prontuários que nela são produzidos é, sem dúvida, uma via que não leva em conta o detalhamento das relações cotidianas, assim como exclui a tonalidade de cores das vinculações a que essa rotina abre possibilidades. Nos parece, no entanto, que a frieza técnico-psiquiátrica que podemos ler em suas páginas e a sua falta das dimensões históricas e vinculares da subjetividade dá pistas sobre os efeitos que a internação psiquiátrica pode ter nos adolescentes: a reiteração de uma subjetividade “dependente” e de um corpo biologicamente adicto.

4.3 Perfis e fluxos das crianças e adolescentes internados

Com base nos levantamentos feitos a respeito das internações de crianças e adolescentes, tanto do SAID como da UNAD, traçaremos de forma breve alguns perfis do público atendido, assim como indicaremos alguns aspectos dos fluxos de encaminhamento que a internação agencia. Interessa-nos compor um panorama

sobre quem são as crianças e adolescentes atendidos pelo serviço e as formas pelas quais se apresentam como uma demanda pertinente à internação como forma de cuidado.

Para isso, também serão realizadas algumas comparações entre as duas gestões do serviço, a fim de identificar as mudanças nos perfis das internações e dos encaminhamentos produzidos pelo reconvenimento. Faremos o levantamento de alguns analisadores, como forma de traçar linhas de análise sobre os percursos dessas crianças/adolescentes pela rede de saúde e as formas como respondem a determinados circuitos. Vejamos o que nos dizem os perfis e fluxos do SAID/UNAD, aqui apresentados e discutidos privilegiando a idade e o sexo, os modos de encaminhamento, o tempo de permanência, os quadros diagnósticos admitidos, os destinos quando da desinternação e certas características das internações que colocam tensionamentos entre cuidado e compulsoriedades, foco principal de nossa discussão.

Idade e sexo

Ao longo do período estudado, que compreendia a abertura do serviço, em 2010, até setembro de 2013, haviam sido realizadas 1.071 internações, sendo 380 de adolescentes. No SAID, das 925 internações, 279 eram de adolescentes e na UNAD, no período de abril a setembro de 2013, foram realizadas 146 internações, das quais 101 eram de adolescentes.

Dessa forma, a proporção de atendimentos entre crianças e adolescentes passou de cerca de um terço de vagas (30,2%) no SAID, para cerca de dois terços (69,2%) na UNAD. Desse público, as idades se distribuíam da seguinte forma:

Quadro 1 - Idades dos atendidos: SAID e UNAD				
Idade (anos)	SAID	%	UNAD	%
9	1	0,4	0	0
11	5	1,8	0	0
12	9	3,2	1	1
13	23	8,2	5	5
14	33	11,8	8	7,9
15	55	19,7	21	20,8
16	74	26,5	28	27,7
17	76	27,3	38	37,6
18	3	1,1	0	0
Total	279	100	101	100

A faixa etária com maior número de internações foi dos 15 aos 17 anos, que conformavam 73,5% no SAID e 86,1% na UNAD. No SAID, observa-se a internação de uma criança⁸¹ de nove anos e quatro crianças de onze anos (uma delas é internada duas vezes). O serviço contava, inicialmente, com oito vagas específicas para crianças, as quais, durante o período de funcionamento do serviço, passaram a acolher diferentes populações entre elas os transexuais, deixando de acolher a demanda infantil.

Se o serviço trata de quadros em que o uso de drogas é o diagnóstico preponderante, a pouca idade desses usuários deixava a suspeita de não se tratar do perfil denominado “dependência química”. Restaria a dúvida: uma criança pode ter o diagnóstico de dependente? Ou ainda, pode-se considerar que o enfoque de tratamento em saúde mental de uma criança seja o uso de substâncias?

Em relação ao sexo do público infantojuvenil, também, vemos notável transformação. Enquanto no SAID a proporção entre meninos e meninas⁸² é próxima à metade, na UNAD apenas 20,8% eram do sexo feminino e 79,2% do sexo masculino.

Tendo sido concebido para oferecer quantidade similar de leitos para adultos e adolescentes e para ambos os sexos, o estabelecimento da centralidade nesse público ocorre conforme a previsão do próprio edital da Prefeitura para reconvenimento. A quantidade de leitos para adolescentes passa a ser predominante na nova contratação, assim como a instalação de duas enfermarias voltadas para jovens do sexo masculino desenham um perfil preferencial de atendimento. Será, no entanto, o adolescente do sexo masculino o perfil predominante do usuário de drogas?

Ainda que até recentemente não houvesse pesquisa atualizada sobre o perfil de consumidores de drogas, os estudos existentes indicavam que a prevalência tanto no caso da cocaína como do álcool, era maior na faixa etária de 18 a 24 anos (Carlini et al, 2006). Nesse mesmo estudo, observou-se que a população do sexo masculino era três vezes mais propensa a apresentar dependência ao álcool, e cerca de duas vezes mais no caso da cocaína⁸³. Recentemente, pesquisa sobre o perfil do usuário de crack e

⁸¹ Utilizaremos como critérios a classificação definida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que define crianças aqueles com até 12 anos, e adolescentes de 12 a 18 anos.

⁸² Dois adolescentes eram transexuais e foram acolhidos na ala feminina, computados nesse critério para fins de censo, assim como, em seus prontuários, registrados pelos nomes sociais femininos, associados ao nome do registro civil.

⁸³ A prevalência de dependência em mulheres foi indicada somente em relação ao uso de benzodiazepínicos e de estimulantes (Carlini et al, 2006).

similares indica que a idade média dos consumidores é de 30 anos e as crianças e adolescentes representam 14% dos usuários (SENAD, 2013).

Assim, perguntamo-nos sobre a ênfase dada à faixa etária dos 12 aos 18 anos, que contrasta com os levantamentos epidemiológicos. Algumas pistas nos dá o profissional da UNAD, sobre o aumento dos leitos para adolescentes:

As decisões são feitas no ‘olhômetro’, assim ‘está tendo uma pressão agora, vamos aumentar!’, e então eles aumentaram esse número. A gente começou e percebeu que a taxa de ocupação na enfermaria de adolescentes era baixa, e a gente teve que pedir para diminuir o número de leitos femininos e aumentar o masculino [do público adulto]. A nossa taxa de ocupação da enfermaria adolescente masculino nunca passou de 70%. Por outro lado, a taxa de ocupação do masculino adulto beira 100%. (Entrevistado UNAD).

As pressões a que se refere o profissional parecem encontrar respaldo nas reiteradas associações entre adolescência e comportamentos disruptivos, como o consumo de drogas e ações transgressivas, que frequentemente subsidiam o desenho de determinadas políticas públicas. Assim como no Rio de Janeiro as crianças e adolescentes em situação de rua foram os personagens centrais em torno dos quais se armaram as táticas de recolhimento, também aqui parece se reproduzir uma demanda pela gestão de um determinado segmento, uma seletividade.

Por outro lado, a infância como prioridade absoluta concebida pelo ECA destaca a importância da implementação de políticas públicas voltadas a essa população. Nos perguntamos, no entanto, se tais políticas implicam garantia de cuidado ou formas tutelares de tratar uma juventude, reduzindo suas demandas sob a infértil patologia da “dependência química”.

Vias de chegada

As formas pelas quais as crianças e adolescentes eram encaminhadas ao serviço permitem levantar alguns indicativos sobre a demanda recebida pelo serviço e o lugar que ocupa na rede de serviços de saúde⁸⁴.

⁸⁴ Uma dificuldade para a sistematização desse tema foi a imprecisão dos dados fornecidos pelos serviços, uma vez que em alguns momentos a fonte de encaminhamento aparecia como o serviço de saúde solicitante, e em outros como “Fundação CASA” (mesmo que encaminhado via CAPS) ou “ordem judicial”. Os dados do prontuário indicam, em geral, o CAPS da região como solicitante, sem a menção da presença de encaminhamentos do Conselho Tutelar ou de situação de acolhimento institucional.

Quadro 2 — Vias de chegada a SAID e UNAD		
Fonte de encaminhamento	SAID	UNAD
CAPS	105	51
Hospitais gerais	46	20
AMA Boraceia	33	0
Pronto Socorro	32	3
CAISM Pinel/Vila Mariana	9	6
Complexo Prates	3	3
Comunidade Terapêutica	2	0
UBS	1	0
AME Psiquiatria	1	0
CRATOD	0	12
Outros ⁸⁵	47	6
Total	279	101

Os CAPS foram os serviços que mais realizaram encaminhamentos, que representaram 41% do total das internações do período estudado. Os Hospitais Gerais e os Pronto Socorros encaminharam 26,5% do total de internações. Assim, ainda que a maioria dos encaminhamentos seja feita por serviços de base territorial, há uma relevante parcela que chega via serviços especializados, contrariando as orientações para assistência hospitalar em psiquiatria no SUS, segundo as quais,

o hospital deve articular-se com a rede comunitária de saúde mental, estando a porta-de-entrada do sistema de internação situada no serviço territorial de referência para o hospital. (Brasil, 2002a).

Da mesma forma, nota-se o baixo índice de encaminhamentos da rede de atenção básica, levando-nos a questionar se os temas relacionados ao consumo de drogas não estariam sendo tratados apenas de forma “especializada”, sem legitimidade/habilitação da atenção básica para realizar o atendimento nas formas cotidianas de cuidado. Nesse sentido, Santos e Rameh-de-Albuquerque (2011) destacam a importância da potencialização das redes primárias no cuidado aos usuários de drogas, possibilitando uma integralidade da ação, e que não fragmente as demandas, encerrando-as apenas no encaminhamento de usuários de álcool e drogas para os serviços especializados.

A respeito da forma como acontecia o encaminhamento, não foi possível investigar como os serviços territoriais faziam a avaliação desses adolescentes, assim como a decisão pela internação. Chama a atenção o fato de que nos prontuários consultados não constava sequer um relatório da equipe encaminhadora,

⁸⁵ Casos em que não havia a informação, ou que apresentava-se de modo vago “ordem judicial”.

circunstanciando a decisão e o projeto terapêutico do adolescente, o que poderia favorecer uma desarticulação das ações de cuidado. Conforme referido, as justificativas para a internação indicavam vagamente a situação de “risco social” e “não adesão ao tratamento ambulatorial”. Recordemos a fundamental articulação em rede nas políticas de saúde mental de crianças e adolescentes, que pode ser encontrada na noção de *encaminhamento implicado*, que

exige que aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, se responsabilize pelo estabelecimento de um endereço para a demanda, acompanhe o caso até seu novo destino. Muitas vezes, o serviço que encaminha tem de fazer um trabalho com o serviço para o qual o caso é encaminhado, que consiste em discutir as próprias condições de atendimento do caso. (Brasil, 2005, p.13)

Dentre as fontes de encaminhamento das internações, observamos grande quantidade de encaminhamentos do AMA Boraceia ao SAID denota sua pertinência à Ação Integrada Centro Legal, que contava com esse AMA, estreitamente vinculado à população de rua, como apoio para as internações. Da mesma forma, o Complexo Prates, serviço misto de saúde mental (CAPS AD) e assistência social (acolhimento institucional e centro de convivência), surgido em 2012 em seguida à Operação Sufoco, realiza também encaminhamentos desse público. Note-se a presença de doze encaminhamentos feitos via CRATOD, que, conforme discutido no capítulo anterior, a partir de janeiro de 2013, passa a ser referência no encaminhamento da população em situação de rua (realizando encaminhamentos por meio do plantão judiciário e também sem a presença deste).

Apesar de baixa incidência, 3,9% do total de encaminhamentos tinham origem em hospitais psiquiátricos, o que leva a perguntar sobre a especificidade da demanda recebida pelo serviço em relação ao atendimento psiquiátrico prestado na rede de internação já existente. A consulta aos prontuários de casos que vieram de outros hospitais psiquiátricos, como o CAISM Pinel, mostra que a diferenciação da demanda entre os dois serviços se dá, principalmente, pelo parâmetro de maior contenção pelo CAISM Pinel e pela especificidade do uso de drogas, no SAID/UNAD, como veremos no caso de Marcos, apresentado no item 4.5.

Tempo de permanência

Os tempos de permanência dos adolescentes internados também fornecem subsídios para entender as funções sobrepostas que o hospital psiquiátrico cumpre. Identificou-se que, juntamente com a inversão da proporção adolescentes-adultos, o tempo de permanência foi uma das principais mudanças resultantes do

reconvenimento. No SAID, a média de permanência era 78,7 dias passando para 49,7⁸⁶ dias na UNAD. Em ambos os casos, no entanto, a média de permanência dos adolescentes era superior à dos adultos (53,5 dias e 38,3, respectivamente). No SAID, as três internações mais longas tiveram 242, 218 e 213 dias; na UNAD, 120, 101 e 91 dias (A UNAD é recente, muitos adolescentes que haviam dado entrada no início do serviço ainda não tinham sido desinternados quando do levantamento).

Da mesma forma, havia disparidade entre o tempo de permanência das meninas (86,2 dias) e meninos (63,4 dias) no SAID, diferença essa reduzida na UNAD a 49,5 dias para os meninos e 50,4 dias para as meninas. Historicamente, as mulheres e meninas são sociabilizadas tendencialmente nos espaços domésticos em contraposição à maior circulação dos meninos pelas ruas e espaços públicos. Esta seria uma hipótese para a diferença no tempo de institucionalização, além do fato de que, em alguns casos, as adolescentes sofriam abuso dentro da família, situação que dificulta o seu retorno à família. Valeria, no entanto, um estudo mais aprofundado acerca dos processos de institucionalização de meninas no circuito psiquiátrico.

As pesquisas de Bentes (1999) e Blikstein (2012) indicam que o tempo de permanência de crianças e adolescentes nas instituições psiquiátricas demarcam distintas funções que o Hospital cumpre em suas trajetórias. Bentes (1999) indica dois perfis de atendimento: o perfil “enfermaria de crise”, com tempo médio de permanência de 18 dias, que abrangia usuários encaminhados por familiares; e o perfil “asilo”, com tempo médio de 88 dias e encaminhamentos preponderantemente provenientes do sistema de justiça. Blikstein (2012) identifica, no CAISM Pinel, a média de tempo de internação de 55 dias para aqueles do circuito com ordens judiciais e 30 dias para internações do circuito dos serviços de saúde.

Vemos que no SAID e UNAD, essa tendência também se confirma, em relação à presença de medidas judiciais na internação (Quadro 3).

⁸⁶ Para o cálculo dessa média na UNAD foram excluídos aqueles pacientes que ainda se encontravam internados quando da produção da tabela. No SAID os adolescentes já haviam sido desinternados, assim utilizou-se os valores integrais.

Quadro 3 – Duração das internações, em dias: SAID e UNAD		
Tipo	SAID⁸⁷	UNAD
Compulsórias	70,2	52,7
Involuntárias	40,1	48,4
Voluntárias	30	48,4

Assim como a excepcionalidade, a brevidade é uma diretriz inerente à internação em serviços hospitalares, conforme a Lei da Reforma Psiquiátrica, assim como a prevalência dos recursos ambulatoriais (Brasil, 2003). Algumas portarias do Ministério da Saúde ajudam a balizar os tempos de permanência regulamentados para as internações psiquiátricas.

A portaria do Ministério da Saúde 2.197, de 2004 (Brasil, 2004), dispõe referências de tempo de permanência para diferentes enfoques de atendimento a usuários de álcool e outras drogas realizados em Serviço Hospitalar de Referência (SHR-ad):

Artigo 8º: (...)

I - tratamento de intoxicação aguda, em Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas - SHRad (tempo de permanência: 24 a 48 horas);

II - tratamento da síndrome de abstinência do álcool, em Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas - SHRad (tempo de permanência: 3 a 7 dias); e

III - tratamento de dependência do álcool, com a presença de intoxicação aguda com evolução para a instalação de síndrome de abstinência grave, ou ainda outros quadros de síndrome de abstinência seguidos por complicações clínicas, neurológicas e psiquiátricas, em Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHRad (tempo de permanência: 3 a 15 dias). (Brasil, 2004, grifos nossos)

A respeito do acolhimento noturno oferecido pelos CAPS AD, a Portaria n. 130/2012 do Ministério da Saúde (Brasil, 2012c) define que “a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno do CAPS AD III fica limitada a 14 dias, no período de 30 dias” (art. 6º, § 1º). No caso da necessidade de maior tempo, o paciente deverá ser encaminhado a uma Unidade de Acolhimento. Ainda que não configure o mesmo tipo de serviço, há semelhança na função de acolhimento intensivo e atenção na crise.

⁸⁷ Média com base apenas nas internações da ala masculina, uma vez que o dado sobre o tipo de internação não aparecia no instrumento relativo às internações da ala feminina.

No mesmo sentido apontam as orientações do Conselho Federal de Medicina, nas “Diretrizes Gerais Médicas para Assistência Integral ao Crack”⁸⁸, prevendo que o período de desintoxicação dura de 7 a 14 dias, sendo a internação indicada nesse período, após o que o paciente deve ter acesso à rede de tratamento ambulatorial, assim como aos processos integrados.

Chamamos a atenção para o fato de que, no serviço que estudamos, o reconvenimento contou com a divisão da enfermaria adolescente masculina em dois perfis: a “internação de desintoxicação”, com período previsto de dez a vinte dias, e a “internação prolongada”, destinada a usuários com co-morbidades psiquiátricas, com período de internação de 60 dias. Se o uso da internação como acolhimento institucional, no seu modelo asilar, pode ser identificado nos serviços voltados à infância e adolescência, essa medida parece institucionalizar a inadequação dessa função do hospital.

As rotas de saída

Os dados quanto aos encaminhamentos na desinternação do SAID⁸⁹ podem ser identificados no Quadro 4.

Os encaminhamentos para a residência da família com acompanhamento ambulatorial no CAPS representam cerca de metade dos encaminhamentos na saída do serviço. Nesse sentido, o serviço realizava, quando próximo da alta médica do usuário, visitas do adolescente à família, denominadas “Licença Terapêutica”, com duração de alguns dias a fim de aproximá-los da convivência familiar.

⁸⁸ Conselho Federal de Medicina. *Diretrizes Gerais Médicas para Assistência Integral ao Crack*. [online]. 2013. Disponível em: <<http://www.cremj.org.br/downloads/386.PDF>>. Acesso em: 15/12/2013.

⁸⁹ Os dados produzidos na UNAD não contavam com a especificação dos encaminhamentos na desinternação.

Quadro 4 — Encaminhamentos na desinternação: SAID		
Encaminhamento	Internações	%
Residência da família e CAPS	141	50,5
Evasão	37	13,3
Acolhimento institucional	29	10,4
Residência da família e outros encaminhamentos	17	6,1
Transferência interna no SAID	12	4,3
CAPS	10	3,6
Residência sem encaminhamento	10	3,6
Fundação CASA	7	2,5
Residência terapêutica especial	4	1,4
Situação de rua	3	1,1
CAISM Philippe Pinel	2	0,7
Ambulatório Saúde Mental	1	0,4
Hospital Emílio Ribas	1	0,4
República Jovem	1	0,4
Sem informação	4	1,4
Total	279	100,1

Importante destacar os encaminhamentos para a Fundação CASA na desinternação. Apesar de representarem 2,5% dos casos, indicam o retorno dos adolescentes para a privação de liberdade, mesmo após o tempo de tratamento. Ora, se a medida socioeducativa havia sido suspensa por se tratar de demanda de saúde, quando constatada a necessidade de tratamento do uso abusivo de drogas, o retorno ao sistema socioeducativo põe em jogo a necessidade de continuar mantendo o adolescente em regime de contenção.

A presença dos encaminhamentos para as Unidades de Atendimento Infantojuvenis (UAIs) (que na tabela aparecem como Residências Terapêuticas Especiais) indicam a entrada na rede de um novo dispositivo, que se, por um lado, propõe uma oferta cuidados baseados em uma lógica de desinstitucionalização, situa-se nas interfaces do cuidado em saúde e do acolhimento institucional, marcadas pelos processos de prolongamento da institucionalização.

Se a rede especializada, no caso os CAPS AD, são importantes dispositivos de cuidado voltados para as especificidades dessa população, a implicação da Atenção Básica potencializa a produção de cuidado na cotidianidade e evita a fragmentação de questões imbricadas: vulnerabilidades, violência doméstica, cirrose, gravidez na adolescência e suas interfaces com o consumo de drogas (Santos e Rameh de Albuquerque, 2011).

Chamamos a atenção também para que, no SAID, vinte casos obtiveram a saída do Hospital por alta administrativa, que determina a exclusão do usuário por questões ligadas ao funcionamento institucional; no caso de crianças e adolescentes, invariavelmente vinculados a “indisciplinas”. Os casos de evasão consistiram em 26 usuários no SAID e sete na UNAD, demonstrando que uma das portas de saída é “pelos fundos”. Como veremos no item sobre o transtorno de conduta, desses sete casos na UNAD, seis eram provenientes da Fundação CASA, portanto intimamente ligados à compulsoriedade da internação, e foram diagnosticados dessa forma tendo por base argumentação que circunstanciava a fuga.

Diagnóstico-problema I: Risco social e exposição social

Considerando que o “risco social” ou “exposição social” não configura diagnóstico do ponto de vista clínico-patológico, ressaltaremos a sua importância enquanto diagnóstico situacional, ou social, no qual se respaldavam a grande maioria dos encaminhamentos. Sob essas vagas categorias encontramos diversas situações que, mais ou menos explícitas, justificam a reclusão, pelo contexto de vulnerabilidade em que a criança ou adolescente vive. Os riscos aparecem, principalmente, na forma do *risco como situação de rua* e do *risco como ameaça de morte*.

CMA tem onze anos na entrada da internação. “Foi encontrado pela PM na rua, que levou para o Conselho Tutelar. Fugiu de casa há um mês. Passou pela casa Taiguara, não encontram pais.” (CMA/SAID). Permanece internado no serviço enquanto a rede busca pela sua família, por meio dos serviços territoriais, e, somente após quatro meses de internação, é encaminhado para acolhimento institucional.

JLL está em situação de rua, frequenta a crackolândia. Se prostitui e pede dinheiro na rua para usar a droga. Fica o dia inteiro fazendo uso. Está em situação de rua desde que evadiu-se do abrigo, em que permaneceu pouco tempo. (JLL/SAID).

A adolescente JLL, de treze anos, passou por três internações no serviço, que somam 426 dias. J. é uma adolescente bastante conhecida na rede de atendimento da região central, com histórico de inúmeras passagens pelos serviços de acolhimento institucional, além de comunidades terapêuticas e internações psiquiátricas.

Considerando a impossibilidade de se seguir uma estratégia de acompanhamento, apesar das diversas tentativas, pela situação de risco e dificuldade de continência sociofamiliar e pela falta de crítica da realidade, foi-lhe indicada internação em unidade protegida para desintoxicação, suspensão de uso de substâncias e início de tratamento regular. (DSS/UNAD, grifos nossos).

Outra situação que justifica a internação são os casos de ameaça de morte, brigas, desentendimentos com vizinhos, dívidas com o tráfico.

Devido ao histórico de envolvimento em brigas, furtos para o consumo de drogas e constante ameaças de morte, foi solicitada inscrição no Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM)⁹⁰. (FC/UNAD).

O adolescente FC é encaminhado pelo serviço de acolhimento institucional no Complexo Prates. Na desinternação, dado “pouco suporte social familiar” e “retardo de desenvolvimento”, é indicado o abrigamento em outra instituição ou Residência Terapêutica (termo que se refere à Unidade de Acolhimento Infantojuvenil, referida no capítulo 3). O acolhimento institucional e, em raros casos, a Residência Terapêutica, são indicados quando da alta do adolescente se houver uma impossibilidade de retorno para a região de origem por conta das ameaças.

JDSC, de onze anos, era perseguido pelo tráfico local e teve que fugir da região de moradia para não ser assassinado. Sua internação dura 180 dias, após os quais o Poder Judiciário autoriza seu encaminhamento para acolhimento institucional.

Paciente usuário de múltiplas drogas, pratica furtos, tráfico (...), sofrendo ameaças de morte, por dívidas (...). Baixa adesão a tratamento ambulatorial. (JDSC/SAID).

Essas situações levam as famílias a buscar outra moradia, refugiarem-se. O hospital termina por servir como tempo de espera até que haja condições para o retorno do adolescente para casa. O adolescente IJS/SAID, de doze anos, é internado por três vezes no SAID; em todas elas é definido como “jurado de morte” na comunidade. Encaminhado para acolhimento institucional na segunda internação, foge e sofre agressões na rua, solicitando à mãe uma nova internação. A mãe refere estar buscando uma nova moradia, mas, após 67 dias (na terceira internação), o adolescente é encaminhado novamente para acolhimento institucional.

Da mesma forma, o adolescente OMS, diante da situação de ameaça na comunidade, é inserido em acolhimento institucional, o qual, no entanto, não garante sua proteção.

⁹⁰ O PPCAAM tem por objetivo intervir em situações de risco de vida, por meio da inserção do adolescente, com ou sem sua família, em moradias provisórias protegidas, diante de situações de ameaça de morte. Conta, além da equipe técnica, com retaguarda de segurança articulada com a Polícia Federal, Polícia Rodoviária e a Força Nacional de Segurança para escolta dos ameaçados para depoimentos e outros translados.

O. faz uso de drogas e já foi ameaçado por traficantes da região em função de dívidas, sendo acolhido por medida de proteção (...) Evadiu, foi acolhido novamente, diversas vezes, evadindo. Inexistem familiares disponíveis para assumirem os cuidados dos filhos em função do comportamento dos mesmos (...) Mãe é usuária de álcool e drogas. (OMS/UNAD).

Poucas parecem ser as opções de intervenção nos casos de ameaças de morte. A busca por nova moradia pela família é referida em dois casos (um deles o de Talita, que será analisado no item 4.5), contudo há dificuldades e resistência da família em mudar-se. Em apenas um caso foi mencionada a inserção do adolescente no PPCAAM, provavelmente por seus rígidos procedimentos e critérios, incluindo a voluntariedade do adolescente e o esgotamento das possibilidades de medidas protetivas. O acolhimento institucional será a principal intervenção encontrada nesses casos, apesar de muitas vezes ineficiente, como visto no caso IJS.

Diagnóstico-problema II: Dependência Química

Na categoria dos diagnósticos psicopatológicos vinculados ao CID-10, praticamente todos os usuários⁹¹ foram diagnosticados com transtornos classificados como F10 a F19, isto é, transtornos mentais devidos ao uso de substâncias psicoativas. Note-se que a grande maioria se concentra na subdivisão relativa à *síndrome de dependência* (Quadro 5).

Quadro 5 — Diagnóstico de dependência química por subdivisão, em porcentagem: SAID e UNAD		
Critérios	SAID (%)	UNAD (%)
Intoxicação aguda	8,6	4,5
Uso nocivo à saúde	3,5	0,9
Síndrome de dependência	86,5	89,3
Síndrome de abstinência	0,6	0
Síndrome de abstinência com <i>delirium</i>	0	0
Transtorno psicótico	0,9	5,4

A síndrome de dependência é caracterizada no CID 10 por:

Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas conseqüências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física. (CID-10).

⁹¹ No SAID, apenas um dos casos trazia apenas o diagnóstico de transtorno de conduta e outro de transtorno esquizoafetivo associado a retardo mental. Na UNAD, havia dois casos com o diagnóstico de esquizofrenia e um caso de psicose não orgânica não especificada.

A respeito dessa categoria, o profissional entrevistado afirma que o diagnóstico de dependência, apesar de não adequado para referir-se à população adolescente, é utilizado.

Na verdade você não pode usar esse CID de dependência para adolescente, não é adequado. (...) Porque os critérios de dependência foram desenhados para adultos e não para adolescentes (...) O que a gente tem percebido é que, embora esses critérios não tenham sido desenhados para adolescentes, muitos, ou a grande maioria deles preenchem critério para dependência química, como se fossem adultos, o que mostra a gravidade do uso. (Entrevista UNAD, grifos nossos).

Valendo-se do diagnóstico como atributo do sujeito, e atado às reducionistas categorias do CID, o serviço anula as distinções entre adolescentes e adultos, essenciais para resguardar o público jovem dos efeitos estigmatizantes inerentes às classificações psiquiátricas. Em se tratando de um serviço especializado no tratamento da “dependência química”, é possível questionar se a alta taxa do diagnóstico relativo à “dependência” não estaria relacionado à justificativa da atribuição especializada do serviço. Nesse sentido, a especialidade do serviço produz a própria demanda que recebe, encaixando-a e nomeando-a de acordo com o perfil atendido.

Note-se que, mesmo as crianças mais novas recebidas pelo serviço SAID apresentam, todas, o diagnóstico de síndrome de dependência, inclusive uma criança de nove anos. A garota TRS, de onze, que é internada por duas vezes no serviço, recebe o diagnóstico de síndrome de dependência relativa ao uso de álcool. Ora, se o quadro de dependência ao álcool implica histórico crônico de uso ao longo de um período prolongado da vida, parece-nos problemático atribuir tal quadro a uma criança de apenas onze anos.

Além dos diagnósticos que determinavam a síndrome de dependência, 4,5% referiam-se a *intoxicação aguda*, quando o consumo da substância psicoativa causa “perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas”. Os *transtornos psicóticos associados ao consumo de substâncias psicoativas* eram aferidos em 5,4% dos diagnósticos, indicando “conjunto de fenômenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o consumo de uma substância psicoativa, mas que não podem ser explicados inteiramente com base numa intoxicação aguda e que não participam também do quadro de uma síndrome de abstinência” (CID-10).

Apenas 0,9% dos diagnósticos produzidos no serviço indicavam o *uso nocivo para a saúde*, quando o modo de consumo da(s) substância(s) psicoativa(s) é prejudicial à saúde, podendo seu consumo implicar prejuízos físicos ou psíquicos (CID-10). Se considerarmos a população infantojuvenil como em período de desenvolvimento, cujas condutas sofrem amplas variações, incluindo experimentação de substâncias psicoativas devido à curiosidade e às determinações dos circuitos de sociabilidade, essa pareceria ser uma categoria mais adequada: situacional, que não implica na precoce aferição da cronicidade da dependência, enfocando os prejuízos causados pelo uso.

Ao problematizarmos o diagnóstico da “dependência química”, não pretendemos anular os efeitos nocivos que o uso pode trazer aos sujeitos, muitas vezes estabelecendo circuitos mortíferos, em que a autonomia sobre a vida fica prejudicada, associada às vulnerabilidades associadas aos contextos de uso e de compra/venda de drogas. Contudo, perguntamo-nos sobre as possibilidades que o diagnóstico, reduzido à categoria “dependência química” possa uniformizar diferentes formas de relações entre os sujeitos e as substâncias, anulando aspectos singulares e subjetivos em prol de uma *subjetividade dependente*.

Diagnóstico-problema III: Transtornos e distúrbios de conduta

Associadas aos diagnósticos referentes ao uso de substâncias psicoativas, encontram-se as chamadas “co-morbidades”. No SAID, encontramos 9,6% de co-morbidades, dentre elas: F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (41%); F70-F71 Retardo mental (30%); F90-F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais, que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência — dentre os quais apenas um caso não era Distúrbio de conduta (19%); F30-F39 Transtornos do humor [afetivos] (7%); e F44 Transtornos dissociativos [de conversão] (4%). Na UNAD, segundo dados do estudo de Jerônimo (2013)⁹², 59% dos pacientes adolescentes do sexo masculinos foram diagnosticados com co-morbidades, dentre estas: F70-71 Retardo mental (37,5%); F20-F29 Esquizofrenia, transtorno esquizotípico e transtorno delirante 25%; F91 Distúrbio de conduta (37,5%); G40 Epilepsia (37,5%); F90 Transtornos hipercinéticos 12,5%⁹³.

⁹² O trabalho apresenta alguns dados do perfil dos usuários da UNAD nos dois primeiros meses de funcionamento do serviço. Os dados ligados à comorbidade são relativos apenas ao público adolescente masculino.

⁹³ Embora não detalhado no estudo, possivelmente houvesse mais de um diagnóstico para cada usuário, razão pela qual a soma dos dados é superior a 100%.

Destacaremos, para os fins desse trabalho, o *transtorno de conduta*, por conta da relevância que vem ganhando no campo da infância e juventude, reafirmando as associações juventude-violência e justificando toda sorte de medidas de segurança e de privação de liberdade (como a internação psiquiátrica ou o prolongamento da medida socioeducativa de internação) a esses jovens. O diagnóstico, no contexto do serviço de internação, visibiliza como a questão da agressividade e da periculosidade se colocam nos fluxos e diagnósticos do serviço. Os distúrbios de conduta – ou transtornos de conduta – compõem a classe dos transtornos do comportamento específicos da infância e adolescência no CID-10, sendo assim definidos:

Transtornos de conduta são caracterizados por padrões persistentes de conduta dissocial, agressiva ou desafiante. Tal comportamento deve comportar grandes violações das expectativas sociais próprias à idade da criança; deve haver mais do que as travessuras infantis ou a rebeldia do adolescente e se trata de um padrão duradouro de comportamento (seis meses ou mais). (CID-10).

Muitas vezes associados à agressividade, hiperatividade, déficit de atenção e transtorno desafiador de oposição⁹⁴ ou “dificuldades em cumprir regras”, parecem orbitar pelos casos-problema da rede de serviços, com trajetórias marcadas pela frequente expulsão e evasão institucional e em forte correlação com as passagens pelo sistema socioeducativo.

Mãe conta que adolescente passa muito tempo fora de casa fazendo uso, não frequenta regularmente o CAPS, não toma medicação. Agressivo na escola, já agrediu a professora e foi expulso de várias escolas. Recebeu diagnóstico de hiperatividade, sendo tratado por psicólogo e psiquiatra, mas não tomava medicação. Mãe diz que o filho tem ‘transtorno de conduta’. (BBB/SAID).

No momento da internação apresentava comportamento disruptivo grave com agressões a terceiros e corrupção de sua rotina de vida diária. Passou por avaliações médicas, psicológica e social e nossa hipótese é que além do uso de substâncias (*Cannabis* e tabaco) apresenta um transtorno de conduta associado a comportamento hiperativo e déficit de atenção. (DJAS/UNAD).

Trata-se de adolescente de doze anos, usuário de substâncias psicoativas (maconha e cocaína), que vinha apresentando comportamento impulsivo e

⁹⁴ O transtorno desafiador e de oposição compõe a classe dos transtornos de conduta no CID-10, caracterizando-se da seguinte forma: “Transtorno de conduta manifestando-se habitualmente em crianças jovens, caracterizado essencialmente por um comportamento provocador, desobediente ou perturbador e não acompanhado de comportamentos delituosos ou de condutas agressivas ou dissociais graves. Para que um diagnóstico positivo possa ser feito, o transtorno deve responder aos critérios gerais citados em F91.-; mesmo a ocorrência de travessuras ou de desobediência sérias não justifica, por si próprio, este diagnóstico. Esta categoria deve ser utilizada com prudência, em particular nas crianças com mais idade, dado que os transtornos de conduta que apresentam uma significação clínica se acompanham habitualmente de comportamentos dissociais ou agressivos que ultrapassam o quadro de um comportamento provocador, desobediente ou perturbador.” (CID-10).

heteroagressividade que o colocavam em risco e situação de vulnerabilidade social. Além do uso de substâncias, apresenta a hipótese diagnóstica de transtorno desafiador de oposição. (VWOC/UNAD).

Majoritariamente associados a adolescentes provenientes da Fundação CASA, as fugas do serviço são posteriormente interpretadas pelo serviço do ponto de vista do transtorno de conduta, ainda que os adolescentes anteriormente não aparecessem com tal diagnóstico. Dos sete casos de fuga da UNAD consultados, seis eram diagnosticados como transtorno de conduta e seus correlatos.

O adolescente GCCP, encaminhado pela Fundação CASA, fugiu por quatro vezes do hospital, a primeira delas no dia seguinte à internação. Não chegou a permanecer mais do que alguns dias no Hospital, sendo reconduzido ao serviço após as fugas, na primeira delas por ambulância e nas duas seguintes pela Guarda Civil Metropolitana, no dia seguinte ou no mesmo dia da fuga. Conclui o serviço:

Além do uso de substâncias psicoativas (transtorno do Eixo 1, que representa as doenças mentais instaladas) ele possui um transtorno de conduta subjacente (transtorno de Eixo 2, que representa a estrutura psicológica e de funcionamento global integrantes da personalidade em formação). (GCCP/UNAD).

Igualmente provenientes da Fundação CASA, os adolescentes ESC e WJLS fogem do Hospital após poucos dias de internação, sendo diagnosticados com transtorno de conduta, no caso de ESC, agravado pelo planejamento prévio e detalhado da fuga.

Entendemos que além da dependência química o paciente apresenta um transtorno de conduta (funcionamento psicológico de personalidade em formação) que cursa com alterações do comportamento de caráter antissocial. Corrobora com essa hipótese o modo como se deu a fuga: o adolescente planejou com riqueza de detalhes o momento da fuga e oportunamente quebrou o forro do seu aposento, subiu ao telhado, quebrou as telhas e fugiu para o teto numa ação rápida planejada que impossibilitou a ação da equipe de enfermagem. (...) Corrobora com essa hipótese o relato de alguns pacientes após a fuga, de que dias antes vinha falando que tinha um plano para fugir do hospital, mostrando capacidade psíquica de planejamento e articulação. (ESC/UNAD).

Entendemos que o paciente além da dependência química apresenta um transtorno de conduta (funcionamento psico de personalidade em formação) que cursa alterações do comportamento de caráter antissocial. Corroboram com essa hipótese alguns comportamentos apresentados pelo mesmo durante sua permanência nesta enfermaria, como por exemplo, depredação do patrimônio (retirou travas das portas a fim de produzir instrumento de metal potencialmente cortante) na tentativa de liderar uma rebelião com o objetivo de fuga. Recusava-se a participar de qualquer grupo ou atividade terapêutica proposta, sempre com o discurso de que havia sido internado "à

força", a despeito de não desejar ou achar necessário se submeter a qualquer tipo de tratamento. (WJLS/UNAD).

Os relatos expressam situações que encenam as dinâmicas prisionais da privação de liberdade. A construção de armas brancas, a incitação à rebelião, a fuga planejada revelam que, para esses jovens, o hospital psiquiátrico funciona como *continuum* da função de custódia da Fundação CASA. A resistência dos jovens à condição de compulsoriedade da medida e à privação de liberdade são, contudo, capturadas sob a forma diagnóstica do transtorno de conduta.

Quem vai parar na medida socioeducativa é porque tem algum transtorno de conduta. São essas pessoas que fogem e geralmente está associado ao transtorno de conduta. São aqueles pacientes que começam a dar problema, não querem ficar, começam a brigar com os outros, quebrar as coisas e tem uma hora que fogem. (Entrevista UNAD).

Vicentin (2005) refere uma psiquiatrização do campo do adolescente em conflito com a lei, que encontra no diagnóstico de Transtorno de Personalidade Anti-Social a revigoração da noção de periculosidade enquanto inerente ao indivíduo, no caso a juventude pobre e encarcerada. Expressão de resistências *menoristas*⁹⁵ às garantias trazidas pelo ECA, essa tendência favorece uma via patológica de gestão e perpetuação do controle desses jovens. A pesquisa identificou a demanda do sistema socioeducativo por um “outro lugar” para esses jovens, fundamentado na contenção sob a justificativa do tratamento à saúde e correlato à medida de segurança do regramento adulto.

Vemos nos documentos consultados, em especial naqueles que dialogam com o sistema de justiça, insinuar-se demanda semelhante, de uma “outra estrutura”, “medidas de segurança”, para incluir jovens “com esse perfil”.

Sintomas remanescentes (principalmente impulsividade) são decorrentes de uma co-morbidade psiquiátrica associada ao uso de drogas que uma vez instalada tem curso crônico e a internação hospitalar não esta indicada para manejo destes sintomas (...) A internação hospitalar cumpriu o papel de intervenção na crise. (OAA/UNAD).

Essas alterações de base exigem tratamento de longo prazo e medidas de segurança que fogem das características de uma internação hospitalar, para desintoxicação e intervenção na crise, como é a proposta da UNAD. (WFB/UNAD).

⁹⁵ Referência às concepções sobre o tratamento aos adolescentes infratores do ordenamento jurídico do Código de Menores, que privilegiavam o caráter punitivo das medidas aplicadas, sob a ótica da defesa social.

O adolescente possui transtorno de conduta subjacente ao uso de droga cujos sintomas persistem mesmo após a abstinência. No hospital não possuímos estrutura para manter pacientes com esse perfil. (GCCP/UNAD).

Veremos no caso de Marcos, relatado mais à frente, como o hospital é encarregado de administrar os casos considerados transtornos de conduta, exacerbando sua função de contenção.

4.4 Compulsoriedades e involuntariedades

A presença de ordens judiciais na internação dos usuários do serviço mostrou-se elemento importante na determinação da demanda que ocupava os leitos do serviço, assim como a trajetória desses adolescentes pela instituição.

No entanto, é difícil a tarefa de identificar os motivos da judicialização do processo de internação, uma vez que na tabela apresentada, tanto pelo SAID como pela UNAD, os casos apareciam somente identificados como “compulsórios”, definindo uma ampla e heterogênea gama de situações.

Quadro 6 - Natureza das internações, em porcentagem: SAID e UNAD		
Tipo	SAID	UNAD
Compulsória	84	33,7
Involuntária	16	55,4
Voluntária	0	10,9
Total	100	100

No SAID, a identificação do tipo de internação pode ser feita apenas na ala adolescente masculino, uma vez que esse dado aparecia no instrumento fornecido. No caso de internação de adolescentes, muitas vezes entende-se que, por conta de seu estatuto legal diferenciado e da semi-imputabilidade no que diz respeito à possibilidade de responsabilizar-se por seus atos, ele não tem condições de assinar a voluntariedade da internação. Os casos de internação compulsória representavam: as internações determinadas pelas Varas da Infância como medida protetiva; e aquelas determinadas pelo Departamento de Execuções da Infância e Juventude, mediante a suspensão de medida socioeducativa de privação de liberdade e conversão em medida protetiva.

Blikstein (2012) afirma que 44,8% das internações no CAISM Pinel são de encaminhamentos por via judicial, na maioria provenientes da Fundação CASA e de acolhimento institucional. Essa via de encaminhamento, que no período de 2001 a

2004 representava 23% (Joia, 2006), tendo alcançado 44,8% no período de 2005 a 2009 (Blikstein, 2012). Scisleski (2006) mostra que, no Hospital São Pedro, em Porto Alegre, as ordens judiciais representavam 54% das internações entre 2002 a 2005. Cunda (2011) identifica que a primeira internação compulsória ocorrida neste mesmo hospital data de 1993, sendo que atualmente representa cerca de metade das internações. Bentes (1999), que estuda período anterior, verifica que o número de internações compulsórias no Rio de Janeiro cresceu na década de 90, representando, em 1997, um terço das internações infantojuvenis.

No SAID foi possível discriminar os encaminhamentos feitos por via judicial nos prontuários consultados, mas não pudemos precisar a sua origem. Na UNAD, a consulta aos ofícios enviados e recebidos pelo serviço permitiram identificar algumas características dos encaminhamentos judiciais, apresentados no Quadro 7.

Quadro 7 — Origem dos encaminhamentos à UNAD	
Origem	Internações
DEIJ/Fundação CASA	20
Vara da Infância	10
Sem informação	10
Cratod	2
Total	42

Cerca de metade dos encaminhamentos por ordem judicial vinham da Fundação CASA, representando 19,8% do total de internações. Em relação ao SAID, as transferências da Fundação CASA somavam 8,6% do total, havendo, portanto, substancial aumento desse tipo de encaminhamento no reconvenimento.

São variadas as formas como a compulsoriedade, ou seja, a medida judicial, aparece no percurso da internação, assim como seus efeitos. Destacaremos três situações nas quais ela aparece: como ordem de busca e apreensão, como transferência de adolescentes do sistema socioeducativo, e como determinação da internação, independente da alta médica. Em todas elas, a ação do Judiciário convoca à questão: o direito à saúde é uma medida protetiva que, portanto, é direito do usuário e não dever.

Busca e apreensão

Uma das situações em que a ordem judicial aparece condicionando o processo de atendimento em saúde mental é anterior ao momento da internação. Em quatro casos consultados, o juiz determinou mandato de busca e apreensão para a avaliação

e internação. Em apenas um deles a determinação é de remoção diretamente para a internação, pois já conta com laudo para internação; nos outros três a busca e apreensão é para o encaminhamento para serviço de saúde para avaliação.

Nas situações em que a remoção forçada do adolescente é dirigida a unidade de atendimento em saúde (dois casos em CAPS AD, outro em Hospital Geral), não há o diagnóstico da necessidade de internação. Note-se que em ambos os casos encaminhados para o CAPS AD regional, a determinação judicial subsidia a remoção forçada, mas deixa a cargo do serviço a avaliação pela equipe multidisciplinar e indicação sobre a necessidade de internação. No entanto, caso a internação seja indicada por laudo, será compulsória.

Diante das circunstâncias apresentadas, determino que, o Conselho Tutelar de [região], proceda a busca e apreensão do jovem, com reforço policial, se necessário, e encaminhá-lo ao CAPS para que, através de psiquiatra, seja avaliado, se há a necessidade de internação ou se o tratamento pode ser feito ambulatorialmente, enviando relatório. Em caso de internação, fica imediatamente restabelecida a decisão (...) para determinar a internação compulsória. (BBB/SAID).

Há uma antecipação do Judiciário em relação à indicação médica, ressaltando que a imposição será judicial mesmo na possibilidade do fluxo normal da internação involuntária. Seria o caso de perguntar quais as motivações do poder judiciário para manter sob sua jurisdição a imposição da medida de saúde. Nos casos referidos aparece, também, a possibilidade de reforço policial para a remoção, ou o apoio do SAMU, caso necessário. A força policial é usada como suporte aos agentes da saúde (SAMU) na busca ativa de adolescentes que não frequentam os serviços de saúde e que são considerados em situação de extremo risco.

Abre-se um complexo debate a respeito da remoção quando da não voluntariedade de submeter-se ao tratamento. Em primeiro lugar, autores como Skromov⁹⁶ defende que a medida de busca e apreensão não deve ser determinada judicialmente, isto é, não deve estar condicionada a ordem judicial e pode ser realizada pelos próprios tramites da saúde. Os agentes do sistema de saúde detém, legalmente, poder de polícia⁹⁷, resguardando-lhes a possibilidade de realizar resgates utilizando-se de força policial, mesmo sem ordem judicial.

⁹⁶ Apresentação “Internações forçadas: saúde e justiça aliadas na violação de direitos”. Encontro: Saúde Mental e Garantia de Direitos Humanos na Defensoria Pública do DF, Brasília, 08-09/10/2013.

⁹⁷ Caracterizado pelo poder da administração pública em limitar o exercício de um direito individual em função do interesse público, tal atribuição tem como pressuposto a auto-executoriedade, p. 112

Pondera Skromov: levantando-se situação hipotética sobre surto psiquiátrico com agitação psicomotora e agressividade, como o sistema de saúde realiza a remoção? Não se trataria do SAMU realizá-la, para encaminhamento a serviço de saúde que avalie a necessidade de internação? Ou ainda, se a situação não é de urgência, não seria mais adequado que o médico fosse ao local onde se encontra o paciente para a avaliação?

A própria denominação “busca e apreensão” carrega o caráter punitivo e repressivo da medida, que é associada majoritariamente à detenção de pessoas que cometeram atos infracionais ou que estão foragidas da Justiça. Da mesma forma, os processos de “busca ativa” no atendimento a adolescentes são importantes, uma vez que frequentemente não frequentam o CAPS regional e, muitas vezes, têm pouco acesso à atenção em saúde de forma geral.

Essas situações colocam-nos inúmeras questões a respeito de como o uso da força impacta as relações que o jovem mantém com os serviços de saúde e os efeitos sobre a viabilidade das ações de cuidado. Se, por um lado, situações de extrema gravidade podem levar à necessidade de tal medida, como não perder de vista a dimensão da autonomia e da confiança, essenciais nos processos de cuidado?

Adolescente em conflito com a lei

O sistema socioeducativo, e em especial a Fundação CASA, é a principal fonte das internações compulsórias. Sabe-se que as questões relativas às drogas têm muita relevância no sistema socioeducativo: por um lado, é o tráfico de drogas o delito que leva uma grande parcela dos jovens ao cumprimento de medida; por outro, o uso de drogas é bastante comum entre esses jovens. Segundo pesquisa realizada pelo CNJ Conselho Nacional de Justiça, em 2012, 74,8% dos adolescentes em cumprimento de internação são usuários de drogas.

A recente regulamentação do atendimento socioeducativo (SINASE) traz uma seção específica a adolescentes com transtorno mental e dependência de álcool e de substância psicoativa (Brasil, 2012a, art. 64) que prevê: avaliação de equipe técnica multidisciplinar no sistema socioeducativo; inclusão de ação terapêutica específica no PIA (Projeto Individual de Atendimento); excepcionalmente, a suspensão da medida socioeducativa e inclusão em programa de atenção integral à saúde mental;

designação de responsável para acompanhar e informar evolução do atendimento ao juiz; reavaliação sobre a suspensão da execução da medida socioeducativa a cada, no mínimo, seis meses.

Nos casos recebidos pelo SAID/UNAD, os encaminhamentos de adolescentes em privação de liberdade seguiam o seguinte fluxo: o adolescente, internado na Fundação CASA, passava a frequentar o CAPS, onde obtinha o laudo requerendo a internação psiquiátrica. Daí, seguia-se a determinação do juiz de suspensão da medida socioeducativa e aplicação da medida protetiva de tratamento em saúde. A respeito da forma como eram feitos os encaminhamentos, um profissional do SAID comenta:

A gente recebeu paciente do CAPS, mas não porque ele estava sendo atendido no CAPS, mas porque ele tava sendo assistido pela Fundação e o CAPS servia apenas como instrumento de avaliação para encaminhar esse adolescente para internação. (Entrevista SAID).

Não obstante o encaminhamento ser pela via de serviço territorial, o que garantiria uma maior possibilidade de produção de um projeto que articulasse redes para a vida em liberdade do jovem, tais encaminhamentos aconteciam, muitas vezes, de forma burocratizada e sem que o serviço estivesse vinculado ao caso e às estratégias de cuidado. Chamamos a atenção para a ausência de relatórios da equipe da Fundação CASA nos prontuários desses casos, sendo que a determinação vem na forma de ordem judicial assinada pelo juiz responsável pelo caso, o que favorece a desvinculação a um projeto terapêutico entre os serviços.

Importante ressaltar que o atendimento a adolescentes em privação de liberdade nos serviços territoriais, especialmente CAPS, originam diversos tipos de conflito e criam impasses nas possibilidades de atendimento: a compulsoriedade do atendimento em saúde mental, que não leva em conta a vontade do adolescente, a recorrente imposição de medidas de segurança (como algemas ou a presença de agente de segurança) durante o atendimento, e a própria situação de privação de liberdade prejudicam a vinculação com o serviço. O risco de fuga, muitas vezes, determina as estratégias terapêuticas, em oposição à lógica de cuidado.

Também a respeito da forma de encaminhamento da Fundação CASA, eram, muitas vezes, feitos de forma tardia no processo de privação de liberdade do adolescente, comprometendo a intervenção terapêutica do serviço de saúde. Em alguns casos, por conta do longo tempo de privação de liberdade, os jovens que lá chegavam não tinham indicação clínica para internação, cujo objetivo era a desintoxicação.

Eles tinham sim critérios significativos, não vou dizer de doença, vou dizer de uma disfuncionalidade de ordem pragmática por conta do uso de substâncias, isso eu acredito que eles tinham, só que aonde tava a grande falha: o diagnóstico tardio dentro da Fundação. (...) Um dos fatores de dificultava o tratamento por esse diagnóstico tardio é que quando ele chegava lá, ele tinha a identificação de que aquilo era a Fundação CASA, não tava lá para o tratamento em si. (...) a gente recebeu adolescente que estava há oito meses abstinente. O que é esperado no tratamento hospitalar para quem já está oito meses abstinente? Ele pode ir para o CAPS. Mas aí ficava aquele resquício da internação: 'tem que internar'! (Entrevista SAID, grifos nossos).

Também para o profissional da UNAD a demanda recebida pela Fundação CASA não configurava o perfil de atendimento do serviço.

Se ele [adolescente] está na Fundação CASA, eventualmente ele não está numa crise psiquiátrica. Ele ficou lá 30 dias na Fundação CASA esperando vaga e vem pra cá, o que eu acho uma absoluta distorção, porque, se nós somos intervenção na crise e ele está fora de crise (...) A maior parte dos pacientes que vem da Fundação não estão em crise e aí essa é uma grande discussão! (Entrevista UNAD, grifos nossos).

O “I Levantamento Nacional de Atenção à Saúde Mental aos Adolescentes Privados de Liberdade e sua Articulação com as Unidades Socioeducativas”⁹⁸ identificou que os temas da saúde mental tendem a ser tratados em atendimento interno à unidade de internação, respondendo a possíveis precariedades nas redes territoriais ou na vinculação a esses serviços. O atendimento ofertado é fundamentalmente composto por avaliações psiquiátricas e altos índices de prescrição de psicotrópicos para os jovens, além de contar com práticas de isolamento e contenção mecânica, na esteira de uma psiquiatrização e medicalização da saúde mental. Ao acionar os serviços externos, há uma prioridade na utilização de dispositivos fechados de cuidado, indicada pelas altas taxas de encaminhamentos para: ambulatorios psiquiátricos (42%), hospitais psiquiátricos (39%) e leitos psiquiátricos (31%)⁹⁹.

O Judiciário tende a aplicar medidas com enfoque na restrição de liberdade, seja no âmbito da saúde (hospitais psiquiátricos), seja no âmbito socioeducativo (Scislescki e Maraschin, 2008). Essas autoras sugerem que a internação psiquiátrica, nesses casos, tem uma função de “castigo” ou “tratamento moral”, produzindo a

⁹⁸ Realizado em parceria de Secretaria de Direitos Humanos, Ministério da Saúde e Fundação Osvaldo Cruz

⁹⁹ Em seguida, vêm os CAPS I (33%), que atendem a uma região de até 50 mil habitantes; o CAPS AD (31%); o CAPS 2 (30%), para atendimento de até 100 mil habitantes; comunidades terapêuticas (25%); o CAPSi (14%); clínicas particulares (12%); e CAPS 3 (2%), que funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, e pode dar cobertura para uma população de até 150 mil habitantes.

extensão do cumprimento da medida socioeducativa. Na internação psiquiátrica, o retorno à internação socioeducativa é utilizado, muitas vezes, como ameaça quando da quebra das regras institucionais.

É o caso do jovem MVRC, que como justificativa à internação psiquiátrica, apresenta o “não cumprimento da Liberdade Assistida”. Ou o caso de LMS/SAID, que deu entrada no então SAID após estar internado por três meses na Fundação CASA, seguidos de um mês em Comunidade Terapêutica, onde “não se adaptou por apresentar sintomas psicóticos” evadindo-se diversas vezes, de onde dá entrada no então SAID.

Conta que não estava gostando da internação [na Comunidade Terapêutica Padre Haroldo] e que veio para este serviço para completar seis meses pois acha que é isto que deve à Justiça e que depois quer ir embora, caso contrário irá fugir. Refere que não quer parar uso de drogas e que voltará para crackolândia quando tiver alta. Já morou cinco anos na crackolândia. Nega sintomas psicóticos mesmo quando intoxicado pelas drogas. Afirma: “eu não sou louco”. (LMS/SAID).

Para o jovem, a internação psiquiátrica funciona como mera continuação da internação socioeducativa, ou mesmo da Comunidade Terapêutica, e é como *pendência com a justiça* que se submeterá ao tratamento, para o qual também estipula um prazo de término. Nesse caso, observa-se que, do ponto de vista dos jovens, o serviço está mais identificado ao cumprimento de pena do que ao cuidado da saúde. LMS, depois de internado, é diagnosticado no serviço com comprometimento cognitivo, o que justifica os atos agressivos e hostis que apresenta na internação, e indicado para encaminhamento à serviço especializado em deficiência intelectual de sua região. Ainda que o relatório com os encaminhamentos seja enviado ao juiz e a alta seja indicada pela equipe, o juiz determina o *retorno do jovem à Fundação CASA*, sem que tenha sido encontrada justificativa para tal decisão nos documentos consultados.

Apesar da falta de registros embasando os encaminhamentos do sistema socioeducativo para a internação psiquiátrica, as pistas que encontramos nos prontuários nos levam a questionar se esses encaminhamentos não se originam da necessidade de perpetuar uma medida de contenção, ou de responder de forma punitiva a inadequações desses jovens, seja na própria unidade de internação socioeducativa, seja em outras instituições.

A demora no diagnóstico e no encaminhamento sugere que ele é feito com base em outros critérios que não a avaliação de problemas ligados ao uso de drogas, já que

as equipes em geral realizam avaliação psicossocial inicial quando da entrada no sistema socioeducativo. Como veremos mais adiante, os casos de fugas são, em grande parte, de adolescentes provenientes da Fundação CASA, e em estreita relação aos diagnósticos de transtorno de conduta.

A submissão dessas internações às lógicas judiciais e de cumprimento da medida socioeducativa imprimem uma lógica punitivo-repressiva ao tratamento. Da mesma forma, a necessidade de determinação do juiz para a desinternação priva o serviço de saúde da autonomia a respeito da avaliação terapêutica sobre o andamento do caso. O resultado é o prolongamento das internações para além da alta médica, como veremos a seguir.

Imposição judicial submetendo as indicações médicas

Um dos perfis sujeitos à necessidade de autorização judicial para a desinternação é o de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. Nesses casos, o juiz, ao expedir a ordem de internação, já antecipa a necessidade de sua autorização para a alta.

Este juízo suspendeu a execução da medida socioeducativa enquanto perdurar o tratamento e o adolescente não poderá ser desinternado sem autorização judicial, devendo ser enviados relatórios bimestrais sobre a evolução. (OAAJ/UNAD).

Em muitos casos, mesmo a alta tendo sido informada ao juiz, inicia-se um longo processo de negociação da saída, que termina por prolongar a internação por semanas, ou até meses. O adolescente RAS/SAID tem sua medida de semiliberdade (“quebrada”, pois estava em situação de rua) substituída pela internação psiquiátrica, e é encaminhado pelo AMA Boraceia ao então SAID. O serviço, diante do caso, se adianta quanto à intervenção do judiciário: “não veio para cá por ordem judicial, mas é provável que recebamos ordem judicial determinando que não receba alta sem autorização judicial” (RAS/SAID).

Depois de 93 dias internado, o SAID envia relatório para o DEIJ (Departamento de Execuções da Infância e Juventude): “R apresentou bastante resistência frente ao tratamento, sempre minimizando o uso de drogas, ressaltando que sua internação foi apenas para solucionar os problemas judiciais pendentes”. O paciente está em alta, e a indicação é de acolhimento institucional, dada a dificuldade da família em acolhê-lo. A audiência entre os serviços para articular a alta ocorre somente após 52 dias, até ser

aprovada sua transferência para a moradia assistida¹⁰⁰. A medida socioeducativa é revogada e aplicada medida protetiva de acolhimento institucional na moradia assistida, com tratamento no CAPS AD da região. Após 174 dias, é desinternado.

Do momento da alta até a saída do adolescente são, portanto, 81 dias, pouco mais de onze semanas de espera. Ainda que essa situação contasse com a complexidade do encaminhamento para serviço de acolhimento institucional, o adolescente já vinha sendo atendido por diversos serviços, inclusive o de medida socioeducativa. A morosidade do judiciário parece impressa, por um lado, pela necessidade retributiva de que o adolescente seja privado de liberdade pelo não cumprimento da medida que lhe fora imposta e, por outro, pela ideia de que o hospital é um lugar legítimo de asilo prolongado, que sempre resguardará o adolescente do perigoso mundo extra-muros.

Outra forma de imposição do tratamento à revelia da indicação médica ocorre na própria decisão pela internação. No caso de MCS, a determinação judicial prevalece frente à não indicação do serviço para internação. O adolescente, na primeira internação no SAID, involuntária, causa brigas e agride outros pacientes continuamente, e o serviço decide pela alta administrativa. Ao ser informada sobre a decisão, a mãe do adolescente, aciona em poucos dias a Vara da Infância e consegue a determinação judicial de transferência para o CAISM Pinel para tratamento da agressividade. Diz o promotor:

Tendo em vista a situação do adolescente (...) crises heteroagressivas sendo que o local não possui condições para devida contenção (...), venho requisitar a urgente internação na ala psiquiátrica deste hospital [Pinel] ate que o quadro se estabilize e M possa voltar ao SAID. (MCS/SAID).

Após cerca de 140 dias internado no CAISM Pinel, o SAID recebe determinação de retorno do adolescente, ao que se contrapõe alegando que o paciente permaneceu no total mais de 130 dias internado, e que o retorno não seria terapêutico, já que está em abstinência todo esse tempo. Finaliza o ofício: “contudo, visando acatar a decisão judicial, informamos que não há vaga”. Cinco dias depois, o MP despacha ofício determinando a urgência transferência para o SAID, sob pena de desobediência.

¹⁰⁰ Serviço voltado para a dependência química com grande vulnerabilidade social. As moradias assistidas contam com vinte tutores psicólogos que visitam clínicas parceiras para acompanhar desfecho e encaminhamento de casos (quinze casos cada). O período máximo de permanência na moradia é seis meses.

Como encaminhamento, o CAISM Pinel argumenta: “paciente veio para este serviço proveniente do SAID (...) onde apresentou agitação e agressividade. Em nosso serviço evoluiu bem e a agressividade está controlada. Quadro de transtorno devido uso de drogas e transtorno de conduta. Necessita tratamento específico para dependência química”. Informa também que, no Pinel, teve relação sexual com paciente com HIV e está tomando anti-retroviral profilático. Tal argumentação para subsidiar a transferência do adolescente nos faz perguntar sobre qual é de fato a especificidade do tratamento à dependência química que uma unidade de internação psiquiátrica não pudesse oferecer.

No decorrer dessa internação, a mãe refere que deseja que M permaneça internado e se recusa a comparecer ao serviço sem conversar com promotor do caso. Cerca de três meses depois da sua internação, o SAID envia relatório indicando a alta do paciente: “nessa segunda internação no SAID, M se mostrou mais organizado, consciente de sua realidade e com maior estabilidade emocional para manter-se abstinente”. Argumenta “ao retornar para internação [vindo do Pinel], o adolescente relatou sua resistência para voltar, uma vez que desejava ficar em sua casa. Tal fato é muito considerável, uma vez que o adolescente esta em terceira internação consecutiva, ou seja, não volta pra casa desde 23/02/12”, isto é, há 274 dias.

Parece que há uma pressão pela manutenção do adolescente em um circuito de contenção institucional, que aparece na demanda da mãe em manter o filho internado e na resistência do Judiciário em desinterná-lo. Após a comunicação da alta hospitalar, demora ainda meses para que a alta seja articulada com serviços da região e família, culminando em audiência com juiz, que autoriza sua desinternação, após o total de 349 dias.

Ao serviço, cuja vocação é de atendimento à crise, é imposta uma demanda bastante distinta e difusa, em que a contenção, a resistência da família em receber o adolescente, e uma suposta separação entre os diagnósticos de uso de drogas e agressividade impõem uma circulação por instituições psiquiátricas que não armam um projeto terapêutico voltado ao adolescente. A terceira internação do adolescente, segunda no SAID, ainda que não indicada por critérios terapêuticos, dura 159 dias, o que nos leva a perguntar pelos efeitos que essa situação produz nas condições de saúde mental do jovem e na rotina de tratamento, que não está inserida em um plano terapêutico.

Na consulta aos prontuários, vemos que a espera pela decisão do juiz produz situações de intenso sofrimento dos jovens, que passam a ter comportamentos mais agitados e “agressivos”. A internação, nesse contexto, intensifica seus efeitos iatrogênicos, comprometendo sua vocação para o cuidado em saúde.

A internação estava tornando-se iatrogênica para o mesmo, dado o tempo de internação de 163 dias em nosso serviço, cuja média é de 90 dias. (MPNS/SAID).

Há uma semana paciente vem apresentando períodos de inadequação do comportamento. Acreditamos que esses episódios são em decorrência de sua expectativa, ate o momento frustrada, de receber alta hospitalar. Hoje esta em seu 61º dia de internação e tem condições de alta e acompanhamento ambulatorial. (BAS/UNAD).

A internação mantida alem da indicação médica possui efeitos colaterais, porque priva o convívio social com consequências psicológicas. (LASC/UNAD).

Nos três casos acima, os relatórios elaborados para o judiciário expõem a grave situação do prolongamento da hospitalização para os usuários do sistema, em uma produção de processos iatrogênicos¹⁰¹.

Destacaremos aqui, ainda, que alguns documentos do Poder Judiciário, especialmente expedidos pelo anexo judiciário do CRATOD, traziam diferente entendimento a respeito das relações entre o judiciário e o sistema de saúde. Nesses casos, os pedidos de internação expedidos não configuram internação compulsória, sendo a requisição de local adequado para internação já indicada por laudo médico e a desinternação independente de ordem judicial.

Pelo presente, informo a vossa senhoria ser desnecessária futura autorização judicial por ocasião da alta médica e hospitalar do paciente MAJ, sendo, por outro lado, imprescindível a vinculação do usuário a um CAPS ou assemelhado, caso prossiga com tratamento ambulatorial. (Ofício juiz CRATOD; MAJ/UNAD).

Desnecessária autorização judiciária por ocasião da alta médica e hospitalar de JSS. (Ofício juiz CRATOD; JSS/UNAD).

Nesses casos, o juiz busca reafirmar a não necessidade de autorização judicial, uma vez que a prática da compulsoriedade termina por constituir um “automatismo” dos serviços de saúde em subordinarem-se ao judiciário, ainda que não seja

¹⁰¹ A noção de *iatrogenia* (iatrós = médico e genia = origem, formação) é um conceito usado no campo da saúde e da saúde mental para definir a “possibilidade de produzir efeito adverso ao terapêutico à clientela, durante o processo de tratamento” (Vechi, 2003, p. 30, apud Vicentin, 2005).

necessário (conforme vimos no item 3.2.2, sobre o anexo judiciário). Da mesma forma, a intervenção do judiciário se apresenta, no trecho que se segue, de forma a cobrar que os estabelecimentos psiquiátricos estejam em acordo com a Lei 10.216 (Brasil, 2001), como nessa manifestação da Defensoria Pública, que subsidia uma determinação do juiz, de igual teor.

Tendo em vista que a Lei 10.216 impõe seja a internação efetivada em unidade não asilar e que disponha de equipe para formulação de projeto terapêutico singular, insisto que venham aos autos o programa de atendimento desenvolvido no local, bem como o plano individual traçado ao paciente. (VWOC/UNAD).

Ainda que seja uma prática restrita (ao que pudemos observar) ao anexo judiciário do CRATOD, ela é inspiradora, no sentido em que redireciona a prática do Judiciário: não mais para submeter o campo da saúde mental a demandas de outra ordem, mas assumindo as funções previstas no Projeto de Lei de 1989 da Reforma Psiquiátrica: a defesa de direitos das pessoas que forem internadas em hospitais psiquiátricos, realizando o controle sobre o caráter asilar desses estabelecimentos e sobre o prolongamento desnecessário das internações.

4.5 Os circuitos das vulnerabilizações: asilo, exílio, prisão

Vimos como as internações psiquiátricas no SAID e na UNAD são acionadas na trajetória dessas crianças e adolescentes como um *continuum* em um circuito de institucionalização, em que o acolhimento institucional, a medida socioeducativa, os serviços de saúde e o hospital psiquiátrico assumem como função a administração de “abandonados”, “infratores”, “dependentes químicos”, “perigosos”. Esse trânsito, muitas vezes acompanhado do acionamento de serviços das redes socioassistenciais, no entanto, não parece garantir a diminuição das vulnerabilidades a que tais adolescentes estão expostos.

Mais, a *situação de risco social*, como condição de ameaça aos direitos ou à integridade física, associados às necessidades de proteção e cuidado (Brasil, 2004) borra suas fronteiras com o *risco como ameaça*, como periculosidade (Castel, 1987). Ou, nas palavras de Donzelot (1986), a criança em perigo aparece como virtualidade da criança perigosa, em uma espécie de pré-delinquência, justificando arranjos tutelares e coercitivos na gestão dos riscos.

A seguir, nos guiaremos pela trajetória de alguns adolescentes que apresentam demandas distintas e nos ajudarão a compreender os circuitos nos quais a internação psiquiátrica é acionada. No caso de Bruna, a internação psiquiátrica é acionada na sua função asilar, diante da impossibilidade da rede de acolhimento institucional acolher a jovem, gerando uma longa internação que, sem justificativas médicas, manifesta efeitos iatrogênicos. O caso de Talita narra uma situação em que ameaças de morte da jovem resultam em seu exílio na internação psiquiátrica, que no entanto não abre possibilidades de viabilizar o seu retorno para casa. No caso de Marcos, o diagnóstico de transtorno de conduta e as contínuas transferências entre instituições fundamentam um lugar prisional da internação psiquiátrica, a qual passa a cumprir a função de contenção do jovem, a despeito de indicações médicas.

As aflições de Bruna

Bruna veio com doze anos para São Paulo, vinda de Ilhéus (BA), após assistir ao padrasto, usuário de álcool e drogas, assassinar seu irmão, o que resultou na sua prisão e na perda da guarda dos filhos pela mãe. Em São Paulo, teve sua guarda mantida pelo tio materno, com quem foi morar, em Guarulhos, tendo iniciado em seguida vivência de rua, onde teria se envolvido com o uso de drogas. Com quatorze anos, grávida, dá a luz a uma menina em outubro de 2012, permanecendo por dois meses em internação hospitalar, ficando a filha recém nascida sob os cuidados dos seus tios. Em seguida, é acolhida em instituição, onde passa a frequentar o CAPS AD, fugindo quatro meses depois, em fevereiro de 2013. Alguns meses depois, Bruna dá entrada novamente em hospital geral, sendo reencaminhada para a Casa Abrigo, de onde

saía para se drogar e (sic) colocando em risco a sua própria vida, às vezes retornava para a instituição sob o efeito das drogas, tornando-se muito agressiva, deixou de tomar as medicações. (...) não aceita regras, não gosta de ser contrariado (sic). A [instituição de acolhimento], para proteger a integridade da paciente, solicitou ao Ministério Público uma internação compulsória, sendo a menor encaminhada para a psiquiatria do HMU. (Relatório social HMU; BAS/UNAD).

Na enfermaria psiquiátrica, aguarda vaga de internação para tratamento de álcool e drogas. Ameaça o psiquiatra do serviço: “paciente não tem patologia mental, está neste HMU e tem ordem judicial para internação. Caso continue no HMU será feito B.O. policial.” (Laudo HMU; BAS/UNAD).

O Ministério Público abre Ação Civil Pública determinando a disponibilização de local para internação, seguida da busca e apreensão da adolescente e sua remoção a

internação compulsória, sob pena de multa diária para o município. Uma vez que se encontra internada no HMU, segue, poucos dias depois, para internação na UNAD, levada pelo SAMU.

Após 42 dias, a adolescente recebe alta do serviço, onde teve “boa resposta ao tratamento”. Tem hipótese diagnóstica de retardo mental leve, e como encaminhamento é indicado o tratamento ambulatorial. Mesmo tendo sido enviado relatório para a Vara da Infância, não há resposta quanto à autorização de alta, permanecendo na internação. Dias depois, os efeitos do prolongamento da internação são notórios:

Há uma semana a paciente vem apresentando períodos de inadequação do comportamento. Acreditamos que esses episódios são em decorrência de sua expectativa, até o momento frustrada, de receber alta hospitalar. Hoje está em seu 61º dia de internação e tem condições de alta e acompanhamento ambulatorial. (BAS/UNAD).

No 162º dia de internação, novamente é encaminhado relatório indicando que a família (os tios) desejam acolher a adolescente novamente; no entanto o local onde moram é inadequado, “ambiente propício a recaída da paciente”, sendo possível seu retorno somente quando a família efetivar a mudança para outro município, em pelo menos seis meses. O CAPS AD de referência é acionado, ofertando a possibilidade de, na ocasião da alta, Bruna frequentar atividades duas vezes por semana, durante duas horas, o que é considerado pouco tempo. O período de matrícula escolar encontra-se encerrado, o que impediria seu retorno à escola¹⁰². A nova solicitação de alta segue sem sucesso, ainda que argumentem que, desde a perspectiva da intervenção na crise,

o papel a que nos propomos foi devidamente cumprido há alguns meses e a jovem poderá, a qualquer momento, e, para evitar o retrocesso do quadro, receber alta hospitalar. (Relatório UNAD; BAS/UNAD).

Ainda que os efeitos iatrogênicos se mostrem evidentes, a adolescente seguia internada até a última visita feita ao serviço pela pesquisadora, em dezembro de 2013, em seu 208º dia de internação.

O caso de Bruna põe em evidência um circuito marcado pela passagem em diversos serviços sem que, no entanto, se produza um projeto de cuidados para a jovem. A sua intermitência nos serviços de acolhimento institucional traduz a

¹⁰² Ainda que a matrícula fora do prazo, muitas vezes, seja apontada como impedimento para o ingresso da criança na escola, o ECA regulamenta o direito à educação de toda criança e adolescente, e o dever do Estado de fornecer o acesso à rede gratuita de ensino, sob quaisquer condições. (Estatuto da Criança e do Adolescente, Capítulo IV).

difficuldade dos adolescentes em situação de risco acederem a esses serviços, marcados por dinâmicas expulsivas no que se refere aos perigos da rua. Orestes (2011) identificou esse processo, em que os casos de situação de rua são tidos como “perigosos” e ameaçadores dentro de instituições de acolhimento institucional, produzindo a recusa em recebê-los e a demanda por instituições específicas para esse perfil. A rede de serviços de acolhimento institucional, dessa forma, opera desde uma “seletividade institucional”, que processa uma triagem daqueles que são admitidos por essa rede.

A judicialização da entrada da adolescente no serviço de internação parece responder a um processo de expulsão contínua, em que a “internação compulsória” surge como “solução” definitiva, um destino último do qual a jovem não consegue desvencilhar-se. À enfática decisão do poder judiciário de responsabilização do município pelo cuidado da jovem na ocasião da internação segue-se o silêncio diante da necessidade de articulação dos serviços para a alta. Na negativa nos encaminhamentos para a articulação de projeto de vida para a adolescente fora da internação, a internação tornar-se-á lugar de espera, *asilo* de permanência indefinida.

Recuperando a definição de asilo, tal qual aparece no dicionário, obtemos:

Asilo. s.m. : 1. instituição de assistência social onde são abrigados para sustento e/ou educação crianças, mendigos, doentes mentais, idosos etc.; 2. proteção, amparo, segurança. (*Grande Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*).

É, portanto, na sua acepção *asilar como institucionalização* que identificamos uma tendência nessas internações. Na direção aposta está o *direito ao asilo* conferido por Kinoshita (1997), fundamentado no acolhimento em crise: a internação passa tem, nesse sentido, centralidade nas demandas do usuário, e o distanciamento das suas condições habituais de vida opera como “ação tática para o tratamento e não como o tratamento em si”. Como, entretanto, garantir que o direito ao asilo não se vincule à perspectiva asilar de internação combatida pela Lei da Reforma Psiquiátrica, revigorando as “instituições-depósito” de usuários como única alternativa, diante do abandono familiar e do vazio de respostas de cuidado em liberdade? Ainda de acordo com Kinoshita (1997), é somente como intervenção breve e necessariamente articulada com redes territoriais de cuidado que a internação cumpre sua vocação terapêutica, na perspectiva da cidadania e aliada às demandas próprias do usuário.

O exílio de Talita

O caso de Talita revela outra função da internação psiquiátrica, que, menos atendendo ao tratamento do uso de drogas, funciona como lugar de exílio diante de situações de ameaça de morte. A adolescente tem 17 anos quando é encaminhada pela Fundação CASA, com ordem judicial. Usa crack desde os treze anos e “está sendo ameaçada de morte por conta de dívidas e sua mãe e família estão sob constante ameaça, sempre fica sabendo de novas ameaças nas visitas da família”. A mãe relata ameaças diárias, ter sofrido agressões físicas e que já sofreu disparos de tiros em sua casa. O judiciário é convocado a agir, diante do risco de vida da adolescente e de sua família.

Desde o início da internação, a adolescente sugere que deseja sair da internação, tenta fuga, pois “queria fugir para ficar com eles [família], estou com medo [das ameaças]” (sic). A família tenta conseguir uma residência em outro Estado, sem sucesso. Depois de três meses internada, a adolescente já tem alta médica e a rede de atendimento – CEDECA, CREAS e PPCAAM, Conselho Tutelar – se articula na tentativa de viabilizar moradia para a família, apesar da mãe apresentar resistência para mudar-se. Dada essa situação e diante da alta, a indicação é de acolhimento institucional que, no entanto, não se concretiza.

Após 99 dias, Talita foge do SAID, volta para casa, onde vende objetos e envolve-se com drogas, sendo reencaminhada pela Fundação CASA após cerca de vinte dias. Na ocasião, a juíza determina a internação na Fundação, fundamentada no risco de morte da adolescente.

Por falta de vagas para retorno imediato da adolescente para o SAID e diante do absoluto risco no local onde sofre ameaças, decreta internação-sanção por 48 horas para oficial SAID a reinterná-la em 24 horas. (Termo de audiência; TCA/SAID).

Dando entrada na segunda internação, sua situação permanece a mesma, pois segue em alta médica mas sem possibilidade de retorno à casa da mãe. Após 121 dias de internação, somadas os dois períodos, obtém a determinação judicial para acolhimento institucional. Na trajetória de Talita, a internação aparece como um *exílio*, ou a fuga de uma situação de iminência da morte.

Exílio. s. m.: ato ou efeito de exilar. 1. expatriação forçada ou por livre escolha; degredo; 2. lugar em que vive o exilado; 3. lugar longínquo, afastado, remoto; 4. isolamento do convívio social; solidão. (*Grande Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*).

Como “expatriação forçada”, que rompe ou fragiliza seus laços com a comunidade de pertinência a sua permanência no hospital aponta demandas mais complexas do que o quadro clínico de uso das substâncias, ao que se impõe a articulação com outros setores para garantir sua vida. Na história de Talita, assim como na de Bruna, a internação psiquiátrica flerta com as funções conferidas aos serviços de acolhimento institucional, que o ECA define como proteção e acolhimento em situações excepcionais de conflitos familiares e comunitários. Historicamente, no entanto, os abrigos sempre funcionaram na ambiguidade da proteção/sequestro e institucionalização de crianças e adolescentes de famílias pobres¹⁰³, permanecendo viva sua incumbência de controle social e vigilância da infância arriscada. Vemos a internação psiquiátrica ser acionada na fragilidade das redes territoriais de atenção e das respostas da rede de proteção, em especial do sistema de acolhimento institucional. Seja pelos processos expulsivos dessa rede a que as crianças em situação de rua estão sujeitos ou pela falta de vagas e precariedade dos serviços existentes, os hospitais psiquiátricos serão convocados a dar conta dessa demanda.

As ameaças do tráfico, que marcam dramaticamente a história de Talita, como a de outros jovens internados, parece denunciar como o proibicionismo e a criminalização seletiva das drogas, para além de produzir uma intensa demanda de uso e dificultar o atendimento em saúde mental dos usuários, aumenta a vulnerabilidade a que estão expostos as crianças e adolescentes usuários em suas comunidades, alimentada por uma perversa cadeia em que o uso, as dívidas e os roubos terminam muitas vezes por resultar no assassinato de uma grande quantidade de jovens nas periferias.

O boxe de Marcos

O caso do adolescente Marcos revela uma história de internação psiquiátrica por necessidade de contenção, em que a manutenção da reclusão é sistematicamente determinada pelo poder judiciário, produzindo a piora do quadro, além da não articulação da alta e de projetos de cuidado continuado. O trágico destino do jovem será o assassinato, assim que consegue sair do hospital.

¹⁰³ Levantamento IPEA Rede de Abrigos: Conforme o levantamento acima citado, há 19.373 crianças e adolescentes nos abrigos da rede SAC, com as seguintes características: 58,5% são meninos; 61,3% tem entre 7 e 15 anos; 63,6% são afro-descendentes; 52,6% estão no abrigo há mais de dois anos; e 86,7% têm família. Um dado importante levantado na pesquisa foi o de que 50,1% das crianças são abrigadas por motivos relacionados à pobreza, o que se contrapõe claramente ao que determina o Estatuto da Criança e do Adolescente, que diz que a carência material não é motivo suficiente para a decretação de tal medida, devendo a família, nesses casos, ser encaminhada a programas de assistência social (Brasil, 2005).

Marcos vem transferido do Hospital Pinel, onde havia estado internado por 73 dias, “admitido por ordem judicial devido a comportamentos inadequados na unidade da Fundação CASA”, manifestos em “comportamentos auto e heteroagressivos” e a “recusa de ingesta medicamentosa”. Vem com o diagnóstico “compatível com transtorno de conduta (F91), déficit de controle de impulso e transtorno mental devido ao uso de múltiplas drogas (F19)”. O adolescente tem 16 anos quando internado, tem histórico de uso de drogas desde os treze, e de situação de rua desde os quatorze, “ouve vozes” desde os onze e teve duas tentativas de suicídio. Na escola, era bagunceiro, não conseguia concentrar-se, terminando por evadir-se. O envolvimento com os traficantes da região rendera-lhe a primeira de suas três internações na Fundação CASA, e era marcado por conflitos e dívidas.

No início da internação no Pinel, o jovem era acompanhado por escolta policial. Afirma o serviço:

Após a retirada do acompanhamento da escolta, por ordem judicial, evoluiu com comportamentos heteroagressivos, impulsividade, baixa tolerância à frustração, hostilidade e pouca cooperação com o tratamento (...) passou a agredir os pacientes reconhecidos como os mais frágeis, desacatar funcionários e regras da enfermaria (...) fugiu e retornou por três vezes, em uma delas fez uso de drogas. (...) retornando justificou fugas como desejo incontrolável de usar e passou a expressar o desejo de tratamento específico para dependência química. (MPSN/SAID).

Por fim, conclui que a “enfermaria não corresponde às necessidades do paciente”, e que “tem colocado em risco as crianças internadas”, indicando a necessidade de transferência para serviço especializado em dependência química. Por determinação judicial, é internado no SAID.

Nos primeiros dias, o adolescente briga e ameaça funcionários e pacientes, e ouve “vozes lhe exigem que quebre vidros e destrua a unidade”. É sistematicamente contido mecanicamente e medicado. No dia seguinte a uma crise, em que ameaça destruir a enfermaria, SAID emite relatório ao poder judiciário argumentando que “não apresentou demanda relativa ao uso de drogas”, e concluindo que “não tem condições de permanecer em enfermaria para dependentes químicos”, indicando que siga tratamento em “enfermaria psiquiátrica adequada às suas necessidades”. Cerca de um mês depois, suspende o pedido de transferência, alegando que o quadro do jovem evoluiu com remissão dos sintomas psiquiátricos.

Marcos “transtorna” a enfermaria: brinca de baque (falta de oxigenação), simula afogamentos, tem “posseção de espíritos” à noite, quebra objetos, tenta agredir

pacientes e ameaça seu próprio médico, que o alerta de que “se ele tumultuasse seria reencaminhado à Fundação CASA”. No entanto, apresenta boa evolução, “amadurecimento” e aproximação de vínculos com a família. As aulas de boxe, que passa a frequentar, tornam-se o ponto alto de sua rotina, vinculando-o a um recurso extra-hospitalar que demonstra grande potencial terapêutico.

Se nas internações e transferências entre hospitais psiquiátricos o ambiente hospitalar não era indicado como “adequado às suas necessidades”, parece ser no recurso do boxe que o jovem encontra um lugar de alojamento da sua “agressividade”. Wacquant (2002), estudando um ginásio de boxe da periferia de Chicago, descreve-o como um “cordão sanitário” contra a marginalidade, na produção de uma sociabilidade protegida dos riscos oferecidos pelas ruas: a sociabilidade do crime, os riscos do assassinato e da prisão e também a falta de oportunidades de entrada no mercado de trabalho e as precárias redes de políticas sociais. O ringue, nesse sentido, torna-se palco de um rigoroso exercício de si, que regulamenta e codifica trocas, produzindo o uso controlado e da força e da violência, forjando uma corporalidade de auto-regulação e o exercício de um governo de si.

Para Marcos, o boxe parece apresentar-se como alternativa aos circuitos das contenções medicamentosas, do descontrole do comportamento, dos episódios de agitação psicomotora, um “lugar adequado” para o exercício da autonomia na administração de sua violência. Ainda que com o suporte da equipe do serviço nessa via de cuidado, a chancela judicial insiste em investir em mantê-lo sob a estrita tutela psiquiátrica.

Após 94 dias no SAID (contabilizando 167 dias de internação psiquiátrica), o serviço notifica a alta, sugerindo Liberdade Assistida e retorno à residência. Um mês depois, é feita reunião no Fórum sobre o caso, na qual o “juiz pede espera de três semanas para que seja feito o contato com familiares”, apesar da alta já indicar o retorno à residência. Nas semanas que se seguem, e diante do silêncio do judiciário, o adolescente passa a ter crises de agitação nas quais o aguardo pela “reposta do juiz” é central: “você dizem que estão esperando a resposta do juiz que é pra eu não fugir”; “agradece pela ‘ajuda’ que temos lhe dado, mas diz que ‘só o juiz não quer ajudar” (sic). (MPSN/SAID).

Dois meses após a alta notificada, Marcos irrompe em uma crise de agressividade. Quebra toda a enfermaria, destrói a estrutura elétrica do forro, hidráulica e janelas de toda a unidade e do posto de enfermagem, após o que, tenta

fuga. Interceptado pela polícia, é contido quimicamente e encaminhado para unidade adulto masculino. Após o ocorrido, “quer fugir, pois está com medo do que pode lhe acontecer após o ocorrido”. Nas semanas seguintes, tenta fuga inúmeras vezes. SAID reafirma a urgência da alta ao judiciário, “já que a internação estava tornando-se iatrogênica para o mesmo, dado o tempo de internação de 163 dias em nosso serviço, cuja média é de 90 dias”. Somando-se as duas internações, contabilizava 236 dias internado.

Poucos dias depois, diante da negativa, é o jovem quem consegue produzir a sua alta hospitalar: tenta evadir-se, ameaça equipe com pedras na mão, é imobilizado pela equipe de seguranças, com contenção medicamentosa. Levado pela polícia, algemado, fica detido na delegacia e tem a alta decretada após decorrerem 24 horas da evasão. Marcos volta ao serviço, alguns dias depois, para buscar seus documentos, e já está ciente do ofício judicial autorizando sua desinternação, e manda lembranças aos funcionários. Um mês depois, está estudando e frequenta curso de boxe em Clube-Escola e o CAPS AD da região.

Algun tempo depois, os funcionários ficam sabendo que o jovem havia sido assassinado por pessoas da comunidade. Sobre seu trágico desfecho, não temos mais informações, o prontuário não informa a morte do jovem. Assim como as ameaças sofridas por Talita e sua família, e a iminência de morte que as assombra na comunidade onde vive, o caso de Marcos abre questões sobre a complexidade das situações de riscos que se apresentam. O prolongamento da internação produz uma tutela que relega às competências da saúde a contenção e o abrigo desses adolescentes, assumindo-os como fatores de risco, como no caso de Marcos.

No entanto, a limitação da resposta à internação psiquiátrica não aciona intervenções que possam reduzir os riscos a que os jovens estão sujeitos nos seus territórios de origem. Para Marcos, nem a insistência do aparato jurídico em monitorá-lo, primeiro sob a forma de escolta policial, depois com a transferência de hospital, e por fim pela não autorização para alta, e tampouco a tutela e a reclusão garantidas pelo isolamento no hospital garantiram que a vida extra-muros não persistisse ameaçada e que o jovem deixasse de estar vulnerável às intolerâncias de todas as ordens e, em especial, dos circuitos da criminalidade.

4.6 Circuitos de cronificação ou redes de cuidado?

Os casos apresentados trazem, nas singulares trajetórias dos jovens, os impasses e paradoxos a que estão sujeitos nas suas perambulações pela rede de serviços. São notáveis os contínuos encaminhamentos de um serviço ao outro: transferências entre hospitais, pronto socorros, instituições de acolhimento institucional, instituições de privação de liberdade. A busca do serviço “adequado às suas necessidades”, como vimos, permitirá que a demanda do jovem seja codificada de acordo com a resposta que lhe oferece o serviço. É posto em acolhimento institucional por falta de suporte da família, no entanto, transferido para o hospital por conta das fugas do serviço, ou é transferido da Fundação CASA ao hospital psiquiátrico para tratamento da agressividade.

Nessa circulação, o hospital psiquiátrico encarna diferentes funções, abrigo, exílio e contenção, apresentando-se uma demanda que configura-se como aquilo que escapa ou que não tem lugar nas redes socioassistenciais, socioeducativas, familiares e comunitárias. É, portanto, como um *resíduo institucional* (Leonardis, 1998)¹⁰⁴, como aquilo que excede as respostas das diversas redes de serviço que as suas demandas serão reduzidas ao diagnóstico da dependência química e absorvidas pelo hospital psiquiátrico especializado.

A internação psiquiátrica, que pouco a pouco foi perdendo suas tradicionais funções de coerção e segregação “estáticas”, com o confinamento duradouro ou mesmo perpétuo, é substituída pelo “dinâmico” funcionamento em circuito (Rotelli et al, 2001). Nos circuitos transinstitucionais, entre setores psiquiátricos, sanitários assistenciais e judiciais, formado por estruturas diferenciadas e especializadas, o hospital psiquiátrico representa um ponto de passagem de curta duração, mas recorrente (Rotelli, 2001). Como “peregrinos de lugar nenhum” (Couto, 2004), percorrem continuamente cadeias de serviços especializados, cujas respostas são fragmentadas e pontuais, produzindo circuitos de abandono e cronicidade.

Como aquilo que não pode ser absorvido pelos serviços, que escapa ao controle e à tutela das redes territoriais, inaptos a receber tratamento, seu caráter residual representará um perigo do ponto de vista institucional (Leonardis, 1998). A “não adesão ao tratamento” e as fugas dos serviços, frequentemente mencionadas como motivo para a internação e para a involuntariedade ou compulsoriedade da

¹⁰⁴ A autora ressalta a utilização da noção de resíduo como chave de leitura, não pretendendo configurar uma categoria analítica nem a definição de um fenômeno social homogêneo.

intervenção, individualiza e patologiza diversas ordens de recusa dos jovens, reafirmando-os como “intratáveis” e “irrecuperáveis”, logo, perigosos (Vicentin e Rosa, 2010).

A forma diagnóstica do transtorno de conduta reafirma a prevalência do discurso da periculosidade e reforça o caráter “intratável” desses jovens. Como vimos, esse diagnóstico funciona como analisador da patologização dos conflitos de ordem institucional e, majoritariamente, aparecem na própria recusa dos jovens ao tratamento, na fuga. Nesse sentido, o serviço de saúde será demandado nas funções custodiais, reproduzindo uma lógica sanitário-penal (Assis, 2012), a despeito das lutas em prol do redirecionamento do mandato da saúde mental.

A intervenção judicial, nesse sentido, é convocada a garantir a compulsoriedade de inclusão no circuito fechado e não a potencialização das redes e a responsabilização do poder público por fortalecer políticas públicas voltadas às necessidades dessa população. A heterogeneidade das instituições acionadas produz um contínuo intercâmbio e jogos de retroalimentação, em especial entre os sistemas de justiça penal e o sistema de recursos sociais - saúde e assistência - em processos de referência recíproca (Pitch, 2003). O funcionamento em circuito acionará mecanismos de desresponsabilização das redes sociais, jurídicas e sanitárias, produzindo uma espiral de cronicidade.

Pitch (2003) define duas chaves em torno das quais se armam determinados circuitos: o abandono, que evoca nas redes de recursos sociais um *modelo de tutela*; e a periculosidade social, que requer do sistema de justiça o *modelo de custódia*. Nas internações compulsórias, observamos diferentes composições desses modelos, nas quais as sutis fronteiras entre o abandono e a periculosidade produzem distintas formas de associação entre as políticas de saúde, sociais e as políticas penais. Conforme vimos, ora prevalecem os discursos que legitimam a internação diante da falência das instituições familiares e da rede de atendimento, ora prevalecem os riscos que o adolescente oferece a si ou a outros, no seu potencial ameaçador, que justificam a segregação.

Em muitos casos, essas justificativas aparecem sobrepostas e em distintos momentos da trajetória do jovem, como é o caso de Bruna: no acolhimento institucional oferece risco aos outros abrigados, do hospital psiquiátrico não encontra rota de saída por não ter para onde voltar e tampouco rede de proteção que a acolha. As compulsoriedades impostas ao tratamento em saúde, por sua vez, incidem

duplamente: ao usuário, retiram-lhe as condições de tornar-se sujeito no processo de produção de saúde, anulando o condicionamento das ações em saúde às suas demandas; ao serviço de saúde, imputa-lhe procedimentos alheios à lógica da saúde, retirando-lhe a autonomia profissional e a potência terapêutica das ações.

Corroborando outras pesquisas (Blikstein, 2012; Cunda, 2011; Scisleski, 2006), encontramos na internação psiquiátrica de crianças e adolescentes por uso de drogas, e em especial nas suas formas compulsórias, a perpetuação de um circuito de cronificação ou um circuito de desassistência, que não favorece a criação de redes de cuidado em torno das demandas dos usuários. O prolongamento das internações, que supera inclusive as médias indicadas pelas regulamentações das políticas de saúde, sucumbe à lógica asilar incumbida ao hospital psiquiátrico, reafirmando a associação proteção-contenção-institucionalização.

Nesse sentido, Lisboa (2013) distingue a *rede-armadilha* que, operando em circuito de fluxos estáticos e labirínticos, favorece a condução dos sujeitos a um destino final, de onde não se podem sair, e a *rede-trama*, onde as linhas de cuidado se entrecruzam em instituições que operam como nós, que articulam os emaranhados, constituindo diferentes e mutáveis desenhos dos projetos de cuidado. A Reforma Psiquiátrica, ao longo do seu processo de construção, logrou sedimentar diretrizes de atenção à saúde mental que afirmam estratégias de desinstitucionalização e que privilegiam as redes territoriais na produção de cuidado para o sofrimento.

Ainda que a rede de serviços em saúde mental preconizada pela Reforma apresenta insuficiências, (no caso dos CAPSi, passaram de 32 serviços no país em 2002 para 128 em 2010¹⁰⁵), e observe-se a dificuldade da incorporação das demandas do campo da infância nas suas particularidades e da articulação intersetorial entre as diversas redes por onde circulam – família, escola, sistema judiciário –, as atenções territoriais devem seguir investidas. Com a emergência da “questão da droga” no campo da saúde mental, outras alternativas às internações psiquiátricas apresentam-se: os cuidados territoriais e itinerantes do Programa Saúde da Família Sem Domicílio e do Consultório na Rua, que atendem pessoas em situação de rua, incluindo aquelas que sejam usuários de drogas, vinculando-as às redes de atenção básica em saúde e fortalecendo projetos integrados de cuidado; as Unidades de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil, que funcionam nas interfaces da saúde e da

¹⁰⁵ Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados*, ano VI, n. 8, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf>. Acesso em: 12/11/2014.

assistência social, oferecendo o acolhimento transitório de usuários, em permanente articulação com os CAPS AD.

Entendendo que a rua, em muitos casos, é o território por onde transita e onde se armam as tramas cotidianas desses crianças e adolescentes, é também nas suas relações que os processos de adoecimento/sofrimento e as produções de cuidado podem ser ofertadas. Nesse sentido, as *estratégias itinerantes de cuidado* (Lemke e Silva, 2011; Lancetti, 2010) como as equipes de Agentes Comunitários de Saúde, Redutores de Danos e o Consultório na Rua podem ser estratégias potentes de intervenção nas vulnerabilidades associadas à situação de rua. Essas estratégias tem se mostrado efetivas em promover o acesso dessa população à rede de saúde, nas articulações entre cuidado e autonomia, e no agenciamento de serviços em torno das suas singulares demandas.

Se as aproximações entre os campos da saúde mental, da assistência social e da justiça vem nos mostrando contraditórios movimentos, em que renovados arranjos tutelares, higienistas e manicomiais emergem, urge a problematização do mandato social que cumprem. Faz-se necessária a afirmação de uma *clínica da vulnerabilidade*, como clínica atenta às demandas singulares dos sujeitos nos seus contextos de vida e que articula projetos em que a defesa da vida e a diminuição das vulnerabilidades sociais toma centralidade (Lisboa, 2013). No caso do consumo de drogas, que estreita as fronteiras com o sistema penal e os modelos custodiais de atenção, a clínica deve objetivar, também, a diminuição das vulnerabilidades dos indivíduos frente aos sistemas repressivos e prisionais na sua seletividade punitiva, possibilitando-os a tomada de uma posição de maior autonomia frente à esses mecanismos (Zaffaroni, 1998).

A perspectiva da Redução de Danos, nessa linha, fundamenta-se na produção contínua de autonomia dos sujeitos, e desloca o foco da atenção em saúde mental desde a questão das drogas para as vulnerabilidades associadas e para a produção de cuidados. Na esteira das diversas figuras da anormalidade da infância, das patologias orgânicas, às desordens morais e “desajustes” sociais, a “dependência química” surge como uma nova categoria diagnóstica que, da mesma forma que renova as estratégias de confinamento de determinadas classes sociais, aprisiona os sujeitos em uma figura social estigmatizada. Afirmando essa parcela da juventude como “dependente química”, corre-se o risco da produção de subjetividades dependentes, de novas cronificações.

Como nos lembra Rotelli (2001), as formas de subordinação encontradas nas dinâmicas dos hospitais psiquiátricos caracterizam-se, sobretudo, pela redução do usuário à *dependência pessoal* aos discursos e práticas da psiquiatria, anulando seu lugar de sujeito nas relações de trocas e na construção de contratos sociais. Relegando o sujeito à dependência institucional dos discursos da abstinência, cronificam-se os conflitos e sofrimentos envolvidos na experiência do uso de drogas e aprofunda-se a dependência aos discursos normativos e policialescos em torno da experiência de crianças e adolescentes.

Considerações finais: Que ruas para as crianças?

Para onde vão essas crianças migradoras?
A lugar nenhum. Vão, simplesmente.
(Meunier, 1978, p.50)

A vivência de rua de crianças e adolescentes sempre causou certo fascínio aos olhos dos transeuntes que com elas esbarram nas calçadas. Seja nas acepções da periculosidade urbana, na figura dos “trombadinhas” que roubam e perturbam o cotidiano dos homens de bem, seja como as “crianças abandonadas”, carentes, vitimadas e exploradas, não passam despercebidas no imaginário social. *Inveníveis culturais*, desadaptados das diversas estruturas formais de sociabilidade, como a escola e o trabalho, afirmarão sua recusa na persistência em habitar as zonas de vulnerabilidade extrema que a rua pode representar (Leite, 1998).

Reafirmando a criatividade dos modos de vida forjados na arriscada vivência de rua, a transgressão como marca intensiva, e a busca de liberdade diante da hostilidade e do desejo de morte direcionado às populações pobres e periféricas, as crianças de rua escandalizam os centros metropolitanos, escancarando as segregações urbanas e sociais das cidades.

Não obstante a sua entrada no cenário da rua inaugure novos circuitos de violência e desproteção, podemos compreendê-la como uma forma de resistência e de busca de saúde mental, frente a situações de esgarçamento dos laços sociais e familiares (Botelho et al, 2008). Ir para o “mundão” é deparar-se com o desconhecido e engrenar nos circuitos de deslocamento contínuo que a rua sugere: entre os espaços da rua e da casa, entre as diferentes localidades do centro, ruas, viadutos, praças, e, também, pelas instituições de acolhimento, centros de convivência, internações socioeducativas e tantos outros serviços.

Ocupar esses espaços é, também, subverter o tradicional imperativo popular “rua não é lugar de criança” e o próprio espaço público: a praça da República possibilita um banho no laguinho e uma caçada às tartarugas; um pedaço de calçada torna-se endereço da “casa própria”, com direito ao nome demarcado na parede; o exaustor do metrô é o “ventinho”, que sedia os campeonatos de cuspe; com um rádio

na calçada pode-se montar um show “Michael Jackson cover” e ganhar algum dinheiro.

A busca por liberdade e o acesso à pluralidade de recursos que a rua oferece, no entanto, encontram novos circuitos de aprisionamentos e controle. A rua, ainda que no seu dinâmico funcionamento, não é um espaço sem códigos, operando também como uma instituição (Broide, 1992; Ferreira, 2001), atravessada pelas dinâmicas e racionalidades próprias, marcadas pelas complexas relações entre redes informais de proteção e circuitos de violência e de abusos. Perpétuos retirantes, refugiados urbanos¹⁰⁶, apátridas em terra estrangeira (Assis, 2012), essas crianças migrantes incorporam o *nomadismo infantil*, a fuga, em sua potência criativa e transgressora como uma forma de resistência possível (Medeiros e Lemos, 2011).

A resistência que também assume a forma de *devir-criança*, escapando aos ditames da normatização adulta, fazendo emergir um modo de existência minoritário e não hegemônico. Reconhecendo a infância nas suas relações com o poder, assumir o devir-criança é rejeitar determinados discursos hegemônicos dominantes que nomeiam a infância e seus desvios: infância crackeira, infância de risco, infância “distúrbios de conduta”, infância “dependente química”, enquanto que anulam e capturam suas insubordinações e transgressões.

Não se pode classificar a criança como fora da realidade ou alienada; ela realiza experiências de pensamento com o corpo todo e não busca estados de equilíbrio solidamente estáveis. (...) A criança é o que se liga nas chances de trajeto e traça cartografias de expedição. Inventa línguas para o que vê, sente e faz. Não se compõe com “permanências”, arrasta sua expedição para outras terras. O que diferencia a criança do adulto é que este prefere mapas que indicam os percursos a seguir, localiza onde está, decide aonde quer chegar, compra o mapa com roteiros já delimitados e migra de um lugar para o outro. A criança cartografa em viagem, prefere a viagem. Os lugares, ela os localiza na sua carta, assinalando seus conhecimentos e movendo-se pelo produto de encontros e acasos, afetos-criança. Produz a si mesma. (Ceccim e Palombini, 2009, p. 308).

Para Ceccim e Palombini (Idem), trata-se, antes de que uma desautorização do adulto ou de uma sobrevalorização das atitudes das crianças, da produção de uma educação do cuidado, de uma ética da alteridade, de compromisso com o outro, ou, lembrando Deleuze: “remar juntos é partilhar, partilhar alguma coisa, fora de qualquer lei, de qualquer contrato, de qualquer instituição” (Deleuze, 1985, apud Ceccim e Palombini, 2009).

¹⁰⁶ Tomando emprestado o nome do programa do Projeto Quixote.

Faz-se necessária a assunção de outros lugares diante da infância que ocupa as ruas como forma de resistir aos circuitos mortíferos que lhe destinam a sociedade: lugares que não a reduzam à fórmula da “dependência química”; que não produzam circuitos de aprisionamentos justificados pela proteção; que não capturem sua potência criativa e combativa nos critérios de periculosidade e potencial risco para a sociedade; que não a requeiem aos circuitos de “adultização”, normatização e disciplina. Do contrário, se confirma a fórmula de Godard: as crianças são prisioneiros políticos (Deleuze, 2004).

Nas palavras de Vicentin, urge uma atitude ético-política de *aliança com o criança*, que pretende desconstruir os modos coercitivos e colonizadores da “adultização”, regidos pela lógica da normatização, no exercício de uma ética da delicadeza, do bilinguismo como capacidade de não hegemonia dos discursos infantis ou adultos (Vicentin, 2013). Ou ainda, de ser gago na própria língua (Deleuze). Assim se combatem as ações de “descriançar”, produtoras de sufocamentos das potências inventivas das relações que as crianças estabelecem: com as ruas, com a rede familiar-comunitária, com os serviços, com os profissionais, consigo.

Melo (2011) chama a atenção aos desafios de incluir a criança, e em especial a criança em situação de rua, como participante da construção das políticas voltadas a infância, sem o quê perde-se de vista as singularidades e diversidades de suas demandas. Para isso, torna-se necessário:

sermos capazes de criar condições de afirmação crítica pelos próprios sujeitos interessados, as crianças e adolescentes em situação de rua, para que, nas práticas e cuidados de si, com promoção e apoio de adultos, possam resistir a regimes de verdade que lhe são impostos (Melo, 2011, p. 35)

Dessa forma, ao resgatarmos as noções de autonomia, fundamento da forma de se conceber a saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica e de direito à participação, preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, reafirmam-se as bases para a resistência aos discursos das renovadas “menorizações”: diante dos imperativos da segregação e da tutela, nas suas compulsoriedades e involuntariedades, e na dependência aos discursos da abstinência, reafirmam-se a defesa da vida e a busca constante pela produção de liberdade.

Referências bibliográficas

- AMARANTE, P. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: 2010. p. 73-84.
- AMARANTE, P. Na contramão da internação compulsória [entrevista]. *Informe ENSP* [Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca], 15/03/2013. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/32156>>. Acesso em: 16/03/2013.
- ARANTES, Esther M. M. *A reforma das prisões, a Lei do Ventre Livre e a emergência no Brasil da categoria de "menor abandonado"*. 2008. [online]. Disponível em: <http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/noticias/noticiaDocumentos/A_reforma_das_prisxes.pdf>. Acesso em: 30/12/2013.
- ASSIS, D. A. *Risco social e saúde mental como argumento para o encarceramento de crianças e adolescentes*. Dissertação (Mestrado), Uniban, São Paulo, 2012.
- BARROS, D. D. *Jardins de Abel: desconstrução dos manicômio de Trieste*. São Paulo: Edusp; Lemos, 1994.
- BARROS, D. D. Cidadania versus periculosidade social. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 171-196.
- BASAGLIA, F.; GIANNICHEDDA, M. G. *Legge psichiatrica: per un'analisi delle normative in campo psichiatrico*. 1979. mimeo.
- BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2005.
- BATISTA, Nilo. Política criminal com derramamento de sangue. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, v. 5, n. 5, p. 129-146, out./dez. 1997.
- BATISTA, Vera Malaguti. *Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro*. 2. ed. Rio de Janeiro: Instituto Carioca de Criminologia, 2003. (Pensamento criminológico, 2).
- BENTES, E. L. *Tudo como dantes no quartel d'Abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial*. Dissertação (Mestrado), Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.
- BLIKSTEIN, F. *Destinos de crianças: estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em hospital público psiquiátrico*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), 2012.
- BOTELHO, A.; SILVA, S.; KASSAB, M.; LEITE, L. Meninos de rua: desafiados em busca de saúde mental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 2, p. 361-370, abr./jun, 2008.
- BRASIL. *Decreto n. 1.132 de 22/12/1903: reorganiza a assistência a alienados*.
- BRASIL. *Decreto n. 14.969 de 03/09/1921: regulamenta o decreto 4.294 de 06/07/1921*.
- BRASIL. *Decreto n. 24.559 de 03/07/1934: dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas [e] a fiscalização dos serviços psiquiátricos ...*

BRASIL. *Decreto-Lei n. 891 de 25/11/1938*: Lei de fiscalização de entorpecentes.

BRASIL. *Lei n. 6.368, de 21/10/1976*: Lei dos Tóxicos; Lei dos Entorpecentes.
Disponível em: <www.camara.gov.br>. Acesso em: 19/01/2014.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em:
<<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 18/01/2014.

BRASIL. *Projeto de Lei n. 3.657, de 12/09/1989*: dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

BRASIL. *Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990*: Estatuto da Criança e do Adolescente.

BRASIL. Senado Federal. *Parecer n. 43/1999*: redação final do substitutivo do Senado ao projeto de lei da Câmara n. 8 de 1991. Disponível em: <www.pol.org.br>. Acesso em: 18/01/2014.

BRASIL. *Lei n. 10.216, de 06/04/2001*: dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde do Brasil, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 251/GM, de 31/01/2002a*: estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS [...]. Disponível em:
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-251.htm>>. Acesso em: 13/12/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria/GM/MS n. 2.197, de 14/10/2004*: Redefine e amplia a atenção para usuários de álcool e outras drogas [...]. Disponível em:
<www.saude.gov.br>. Acesso em: 20/11/2013.

BRASIL, *Política Nacional de Assistência Social*, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil. Brasília: Editora MS, 2005.

BRASIL. *Lei 11.343, de 23/08/2006*: institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad [...].

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.190, de 04/06/2009*: institui o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool (PEAD).

BRASIL. *Decreto n. 7.179, de 21/05/2010*: Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas.

BRASIL. *Projeto de Lei n. 7.366, de 14/07/2010a*: Altera a Lei 11.343/2006 (Sisnad – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas). Disponível em:
<www.camara.gov.br>. Acesso em: 19/01/2014.

- BRASIL. *Decreto n. 7.637, de 08/12/2011*: Altera o Decreto no 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm>. Acesso em: 19/01/2014.
- BRASIL. *Crack: é possível vencer: enfrentar o crack, compromisso de todos*. [cartilha]. 2011a. Disponível em: <<http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/programa/cartilha>>. Acesso em: 18/01/2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 3.088, de 23/12/2011b*: institui a RAPS — Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br>. Acesso em: 20/01/2014.
- BRASIL. *Lei n. 12.594, de 18/01/2012a*: Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 130 de 26/01/2012b*: Redefine o CAPS AD III.
- BRASIL. Senado Federal. *Projeto de Lei do Senado n. 23/2012c*: altera a Lei 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) e a Lei 12.594/2012. Disponível em: <www.senado.gov.br>. Acesso em: 19/01/2014.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei da Câmara n. 37/2013*: institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. [antigo Projeto de Lei 7.663/2012]. Disponível em: <www.senado.leg.br>. Acesso em: 19/01/2014.
- BRAVO, O. A. tribunales terapéuticos: vigilar, castigar y/o curar. *Psicologia & Sociedade* [online], Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 148-162, jul./dez. 2002.
- BRITTO, R. *A Internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/2001*: reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. Dissertação (Mestrado), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.
- BROIDE, Jorge. A Psicoterapia Psicanalítica na rua realizada através de grupo operativo: a rua enquanto instituição das populações marginalizadas. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 12, n. 2, 1992.
- CAMPOS, F.; FRASSETO, F. *Em defesa da liberdade: reforma psiquiátrica e defensoria pública*. [s/d]. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/emdefesaflorianitaefrasseto.pdf>>. Acesso em: 10/08/2013.
- CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CASTEL, R. *Gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.
- CASTEL, R. Os médicos e os juízes. In: FOUCAULT, M. (Org.). *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão...: um caso de parricídio do século XIX*, apresentado por Michel Foucault. Rio de Janeiro: Graal, 1977.
- CARLINI, E. A. et al. *II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*. São Paulo: CEBRID, 2006.

- CECCIM, Ricardo Burg; PALOMBINI, Analice de Lima. Imagens da infância, devir-criança e uma formulação à educação do cuidado. *Psicologia Social*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 301-312, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 19/01/2014.
- CFP. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: CFP - Conselho Federal de Psicologia, 2011.
- CONFESOR JUNIOR, W. G. *A internação compulsória no contexto da reforma psiquiátrica brasileira*. 2010. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/14967/a-internacao-compulsoria-no-contexto-da-reforma-psiquiatrica-brasileira#ixzz2bh0gkKeH>>. Acesso em: 21/12/2013.
- CORDEIRO, Q.; MORANA, H. *Psiquiatria forense: o Cremesp e a internação psiquiátrica compulsória*. [online]. 2012. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano12/for0512.php>>. Acesso em: 10/07/2013.
- COSTA, J. *História da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.
- COUTO, M. C. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: Ferreira, Tânia (Org). *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Autêntica; Fumec, 2004. p. 61-74.
- CUNDA, M. *As tramas empedradas de uma psicopatologia juvenil*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- DELEUZE, Gilles. ¿Que és un dispositivo? In: DELEUZE, Gilles et al. *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa, 1990. p. 155-161.
- DELEUZE, Gilles. *Conversações*. São Paulo: Editora 34, 2004.
- DELGADO, P. G. G. Saúde mental e direitos humanos: dez anos da lei 10.216/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. [online], v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011.
- DELL'ACQUA, Peppe. Da obbligatorio a necessario: le parole sono pietre nelle proposte di riforma. *La terra è blu: forum salute mentale*. [blog]. 2010. Disponível em: <<http://www.news-forumsalutementale.it/da-obbligatorio-a-necessario-le-parole-sono-pietre-nelle-proposte-di-riforma/>>. Acesso em: 30/12/2013.
- DIÓGENES, G. *Itinerários de corpos juvenis: o baile, o jogo e o tatame*. São Paulo: Annablume, 2003.
- DONZELOT, Jacques. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- ESCOHOTADO, A. *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza, 2007.
- FERREIRA, T. *Os meninos e a rua: uma interpelação à psicanálise*. Belo Horizonte: Fumec; Autêntica, 2001.
- FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu-SP [online], v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005. Disponível em: <www.scielo.br/>. Acesso: 20/01/2014.
- IORE, M. *Uso de "drogas": controvérsias médicas e debate público*. São Paulo: Mercado das Letras, 2006.

- FÓRUM CENTRO VIVO. *Dossiê violações dos direitos humanos no Centro de São Paulo: propostas e reivindicações para políticas públicas*. 2007. [on line]. Disponível em: <<https://centrovivo.sarava.org/Main/HomePage>>. Acesso em: 12/11/2012.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1975.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. São Paulo: Graal, 1988.
- FOUCAULT, M. Genealogia e poder. In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1998a.
- FOUCAULT, M. Sobre a história da sexualidade. In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1998b.
- FOUCAULT, M. A vida dos homens infames. In: _____. *Estratégia, poder-saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. p. 203-222. (Ditos e escritos, IV).
- FOUCAULT, M. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- FOUCAULT, M. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- FOUCAULT, M.; FARGE, A. L'âge d'or de la lettre de cachet [entrevista com Y. Hersant e A. Farge, sobre *Le désordre des familles: lettres de cachet des archives de La Bastille*, apresentado por A. Farge e M. Foucault. Paris: Gallimard, 1982]. *L'Express*, Paris, n. 1.638, 26 novembre - 3 décembre 1982, p. 83-85.
- FRÚGOLI JÚNIOR, H.; SPAGGIARI, E. Da cracolândia aos nórias: percursos etnográficos no bairro da Luz. *Ponto Urbe* [online], ano 4, versão 6.0, 2010. [Editada por: Núcleo de Antropologia Urbana da USP]. Disponível em: <<http://www.pontourbe.net>>. Acesso em: 20/01/2014.
- GREGORI, M. F. *Viração: experiência de meninos nas ruas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- GUEMUREMAN, S.; DAROQUI, A. Las renovadas formas de judicialización de los menores: el “transtorno psiquiátrico” y la “drogadependencia”. In: _____. *La niñez ajusticiada*. Buenos Aires: Editores del Puerto, 2001.
- HALL, W. et al. Compulsory detention, forced detoxification and enforced labour are not ethically acceptable or effective ways to treat addiction. *Addiction*, v. 107, n. 11, p. 1891–1893, nov. 2012.
- ITÁLIA. *Legge n. 180, 13/05/1978*. [Lei n. 180, de 13/05/1978]: [controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios]. Disponível em: <http://www.ifb.org.br/>. Acesso em: 18/01/2014.
- JERÔNIMO, C. *Dependência química no Brasil e o papel das organizações sociais na gestão dos serviços de tratamento: estudo do caso UNAD – Unidade de Atendimento ao Dependente Químico*. Trabalho de Conclusão de Curso (Gestão em Saúde), INSPER – Instituto de Ensino e Pesquisa, São Paulo, 2013.
- JESUS, M., OI, A.; ROCHA, T., LAGATTA, P. *Prisão provisória e Lei de Drogas: um estudo sobre os flagrantes de tráfico de drogas na cidade de São Paulo*. [online]. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência da USP, 2011. Disponível em: <www.nevusp.org>. Acesso em: 15/08/2013.
- JOANIDES, H. *Boca do Lixo*. Rio de Janeiro: Labortexto, 2003.

- JOIA, J. H. *A interface psi-jurídica: estudo de internações de adolescentes por determinação judicial no Hospital Psiquiátrico Pínel: relatório final de pesquisa de Iniciação Científica*. São Paulo: PUC-SP; CEPE, 2006.
- KINOSHITA, R. Em busca da cidadania. In: CAMPOS, F.C.; HENRIQUES, C. *Contra a maré à beira mar: a experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- LANCETTI, A. Cuidado e território no trabalho afetivo. *Cadernos de Subjetividade*, p. 90-97, 2010. [Editado por: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].
- LEITE, L. *A razão dos invencíveis: meninos de rua – o rompimento da ordem (1554-1994)*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998.
- LEONARDIS, O. de. Estatuto y figuras de la peligrosidad social: entre psiquiatria reformada y sistema penal: notas sociológicas. *Revista de Ciencias Penales*, Montevideo, n. 4, p. 429-449, 1998.
- LESCHER et al. *Cartografia de uma rede: reflexões sobre um mapeamento da circulação de crianças e adolescentes em situação de rua da cidade de São Paulo*. São Paulo: UNIFESP, 2004.
- LISBOA, M. *Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização*. Tese de Doutorado em Psicologia Social. PUC-SP. 2013
- LOBO, Lilia Ferreira. Psiquiatrização da infância no Brasil. In: ARANTES, Esther M. M.; NASCIMENTO, Maria Lívia do; FONSECA, Tania M. Galli (Orgs.). *Práticas Psi, inventando a vida*. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2007. p. 65-82.
- LODONO, F. A. Origem do conceito Menor. In: DEL PRIORE, M. (Org.). *História da criança no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1991.
- LOURAU, René. *René Lourau na UERJ: análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro:UERJ, 1993.
- LOURAU, R. *A análise institucional*. Petrópolis: Vozes, 1996.
- MALVASI, P. *Interfaces da vida loka: um estudo sobre jovens, tráfico de drogas e violência em São Paulo*. Tese (Doutorado), Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2012.
- MEDEIROS, L.; LEMOS, F. A produção da “circulação de crianças”: entre capturas e nomadismos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 933-947, 2011.
- MELO, E. *Crianças e adolescentes em situação de rua: direitos humanos e justiça. Uma reflexão crítica sobre a garantia de direitos humanos de crianças e adolescentes em situação de rua e o sistema de justiça no Brasil*. São Paulo: Malheiros Editores, 2011.
- MENDEZ, Juan E. *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. 2013. Disponível em: <http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf>.
- MEUNIER, J. Itinerário de uma criança normanda. In: NOVAES, Adauto (Ed.). *A outra margem do ocidente*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

- MEUNIER, J. *Os moleques de Bogotá*. Rio de Janeiro: Difel, 1978.
- NASCIMENTO, M. L.; SCHEINVAR, E. Infância: discursos de proteção, práticas de exclusão. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, ano 5, n. 2, jul./dez. 2005. (Editado por: Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ).
- OMS (Organização Mundial da Saúde). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde*. 2008. Disponível em: <www.apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>. Acesso em: 15/01/2014.
- ONU (Organização das Nações Unidas). *Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental, instituído pela ONU em 1991*. Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/onu.pdf>>. Acesso em: 10/08/2013.
- ORESTES, F. M. *Processos classificatórios na recepção, triagem e encaminhamento de crianças e adolescentes aos abrigos: permanências e mudanças após a ação civil pública*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2011.
- PASSOS, E.; SOUZA, T. Redução de Danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*; v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.
- PAULON, S. M. A Análise de Implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 18-25, set-dez. 2005.
- PERNAMBUCO FILHO, Pedro José de Oliveira; BOTELHO, Adauto. *Vícios sociaes elegantes: cocaína, ether, diamba, ópio e seus derivados, etc.: estudo clínico, medico-legal e prophylactico*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1924.
- PITCH, Tamar. *Responsabilidades limitadas: actores, conflictos y justicia penal*. Buenos Aires: Ad-Hoc, 2003.
- RAUPP, L.; ADORNO, R. C. F. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 5, p. 2613-2622, maio 2011.
- REIS, C. *(Falência familiar) + (uso de drogas) = risco e periculosidade: a naturalização jurídica e psicológica de jovens com medida de internação compulsória*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional), Universidade Federal do Rio Grando do Sul, UFRGS, Porto Alegre, 2012.
- RIBEIRO, P. R. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. *Psicologia em Estudo*, Maringá-PR, v. 11, n. 1, p. 29-38, jan./abr. 2006.
- RIO DE JANEIRO (Estado). Assembléia Legislativa. *Relatório de visita aos “abrigos especializados” para crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro: Alerj, 2012. Disponível em: <www.crprj.org.br/documentos>. Acesso em: 18/01/2014.
- RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. *A institucionalização de crianças no Brasil: percursos históricos e desafios do presente*. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.
- RODRIGUES, T. *Guerra às drogas, ainda e sempre?* [s.d.] Disponível em: <<http://enecos.org/guerra-as-drogas-ainda-e-sempre/>>. Acesso em: 20/06/2013.

- RODRIGUES, H. B.; SOUZA, V. L. Análise institucional e a profissionalização do psicólogo. In: SAIDON, O.; KAMKHAGI, R. *Análise institucional no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991. p. 27-47.
- ROLNIK, R. et al. Um novo lugar para o velho centro. *O Estado de São Paulo*, 16/04/2006. (Caderno Cidade).
- ROLNIK, R. [Entrevista]. In: COLETIVO POLÍTICA DO IMPOSSÍVEL. *Cidade-Luz: uma investigação-ação no Centro de São Paulo*. São Paulo, 2008. p. 26-41. Disponível em: <raquelrolnik.files.wordpress.com/2010/2/cidade_luz.pdf>. Acesso em: 18/01/2014.
- ROSA, Miriam; VICENTIN, M.C. Os intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade. *Psicologia Política*, 10 (19): 107-124, 2010.
- ROTELLI, F. O inventário das subtrações. In: ROTELLI, F. et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 61-87.
- ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: _____. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.
- RUI, T. Vigiar e cuidar: notas sobre a atuação estatal na “cracolândia”. *Revista Brasileira de Segurança Pública*, São Paulo v. 6, n. 2, p. 336-351, ago./set. 2012.
- RUI, T. Depois da “Operação Sufoco”: sobre espetáculo policial, cobertura midiática. *Revista Contemporânea*, v. 3, n. 2, p. 287-311, 2013. [Editada por: Ufscar].
- SAID. Serviço de Atenção Integral ao Dependente. [Documento de apresentação do serviço]. s.d. mimeo.
- SANTOS, N. T. V.; RAMEH DE ALBUQUERQUE, R. C. Saúde mental, álcool e outras drogas na atenção primária. In: MORAES, M.; CASTRO, R. PETUCO, D. (Orgs.). *Gênero e drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde*. Recife: Instituto Papai; Gema; UFPE, 2010.
- SÃO PAULO (Estado). Assembléia Legislativa. Projeto de Lei n. 673, de 01/07/2011: Autoriza o poder público a manter sob sua tutela e internar para tratamento médico, as crianças e os adolescentes apreendidos em situação de risco e fixa outras providências. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo, n. 121, 01/07/2011, p. 18. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.jul.11/Iels122/E_PL-673_2011.pdf>. Acesso em: 18/01/2014.
- SÃO PAULO (Estado). Ministério Público. *Ação civil pública n. 23977-42.2012.8.26.0053, proposta em 12/06/2012* [Cracolândia]. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal>. Acesso em: 18/01/2014.
- SÃO PAULO (Estado). Ministério Público. *Ação civil pública n. 23977-42.2012.8.20.0053, proposta em 10/04/2013* [Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental Philippe Pinel]. [Não publicado].
- SARTI, C. A. A continuidade entre casa e rua no mundo da criança. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 5., n. 1-2, p. 43-50, 1995.
- SCISLESKI, Andréa C. *Entre se quiser, saia se puder: os percursos dos jovens pelas redes sociais*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional), Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2006.

- SCISLESKI, Andréa C., MARASCHIN, Cleci. Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. *Psicologia em Estudo*, Maringá-PR, v. 13, n. 3, p. 457-465, jul./set. 2008.
- SENAD (Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas); FIOCRUZ. *Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país*. [online]. 2013. Disponível em: <<http://www.portal.fiocruz.br>>. Acesso em: 22/01/2014.
- SILVA, C. A aliança entre Justiça e Psiquiatria no controle do uso de droga: medicalização e criminalização na berlinda. *Revista EPOS Genealogias, subjetivações e violências*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, Jun. 2013. [Editada por: Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ].
- SILVA, R. et al. As patologias nos modos de ser criança e adolescente: análise das internações no Hospital Psiquiátrico São Pedro entre 1884 e 1937. *Psico*, Porto Alegre, v. 39, n. 4, p. 448-455, out./dez. 2008. (Editada por: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul).
- SMITH, Neil. A gentrificação generalizada: de uma anomalia local à “regeneração” urbana como estratégia urbana global. In: BIDOU-ZACHARIASEN, C. (Ed.). *De volta à cidade: dos processos de gentrificação às políticas de “revitalização” dos centros urbanos*. São Paulo: Annablume, 2006.
- SPINK, Peter Kevin. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia Social*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, Dez. 2003.
- SOUZA, F. *A batalha pelo Centro de São Paulo: Santa Ifigênia, Concessão Urbanística e Projeto Nova Luz*. São Paulo: Paulo's, 2011.
- SKROMOV, D. Internação forçada de pessoas: uma breve abordagem ético-constitucional. *Jornal Carta Forense* [online], 04/04/2012.
- TEIXEIRA, A. Economias criminais urbanas e gestão dos ilegalismos na cidade de São Paulo. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 36., 21-25/10/2012, Águas de Lindoia-SP. [Anais]. Águas de Lindoia, 2012.
- UNAD. Unidade de Atendimento ao Dependente. [Documento de apresentação do serviço]. 2013. mimeo.
- VARGAS, E. V. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: LABATE, B. et al. (Dir.) *Drogas e Cultura: novas perspectivas* [Drugs and Culture: New Perspectives], Salvador: Editora da Ufba, 2008. p. 41-64.
- VICENTIN, M. C. *Interfaces psijurídicas: a psiquiatrização do adolescente em conflito com a lei: relatório final de pesquisa*. São Paulo: PUC-SP, Comissão de Ensino e Pesquisa, 2005. mimeo.
- VICENTIN, M. C. *Criançar o descrençável*. Texto para o II Encontro Paulista de Capsi. Mimeo. 2012.
- VICENTIN, M. C.; ROSA, M. D. Os intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade. *Revista Psicologia Política*, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 107-124, jan. 2010.
- VICENTIN, M. C., GRAMKOW, G.; ROSA, M. A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de “novos” manicômios judiciais. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 61-69, 2010.

WACQUANT, L. *Corpo e alma*: notas etnográficas de um aprendiz de boxe. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

WACQUANT, L. *Punir os pobres*: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

ZAFFARONI, E. *Criminología*: aproximación desde um margen. Santa Fé de Bogotá: Editora Temis, 1998.