

O direito de crianças e adolescentes ao cuidado em saúde mental: tensões entre proteção e tutela no caso do uso de drogas

Maria Cristina G. Vicentin

Professora Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social da PUC-SP, coordenadora do Núcleo de pesquisas Lógicas Institucionais e Coletivas.

cristinavicentin@gmail.com

Rua Herculano, 272. Sumaré. CEP 01257-030.São Paulo-SP.

Daniel Adolpho Daltin Assis

Analista técnico de políticas sociais da Coordenação Geral de Saúde mental, álcool e outras drogas do Ministério da Saúde; graduação em Direito (PUC SP), mestrado em Adolescência e Conflitualidade (Uniban SP).

danieladolpho@gmail.com

Endereço: SQN 215, Bloco F, Apto 214, Asa Norte, CEP 70784060, Brasília, DF.

Telefone: 61 82214771.

Julia Hatakeyama Joia

Psicóloga, mestre em Psicologia Social pela PUC-SP.

julia.joia@gmail.com

Rua Gravataí, 46 apto 10 Consolação São Paulo- SP CEP 01303-040

Telefones: 11-2597-2001; 11-97545-0203

Resumo

Este texto discute os processos de psiquiatrização de crianças e adolescentes, aqui entendidos como a utilização dos temas da saúde mental na perspectiva da defesa social, quando as ideias de proteção e do direito à saúde servem de pretexto para o controle social. Tais tecnologias subjacentes a uma lógica penal-sanitarista são funcionais à gestão dos conflitos que crianças e adolescentes protagonizam no campo social, especialmente aqueles usuários de álcool e outras drogas. Tomaremos dois casos como analisadores desta lógica: um, em torno da internação/abrigamento compulsório de crianças e adolescentes em situação de rua; outro, em torno dos destinos de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa quando submetidos a “tratamento para a dependência química”. Visamos problematizar, a partir destes dois casos, e em diálogo com os conceitos de biopoder e psiquiatrização em Foucault, os sentidos de proteção integral, direito à saúde, autonomia e cuidado, de forma a traçar pistas para outros modos do agir em saúde e de garantir a proteção integral quando falamos de crianças e adolescentes.

Palavras-chave: psiquiatrização, drogas, criança, adolescente, direito à saúde.

Abstract

This text discusses the psychiatrization processes of children and adolescents, understood as the appropriation of the mental health issues, under the social defense perspective, when the protection of ideas and the right to health serve as a pretext for social control. Such technologies underlying a penal-sanitary logic are functional to the management of conflicts that children and adolescents perform in the social field, especially those who are addicted to alcohol and other drugs. We will take two cases as analyzers of this logic: one related to the compulsory admission/internment of children and adolescent living on the streets; the other, related to adolescents complying socioeducative measures when submitted to “chemical dependence treatment”. We intend to discuss, from these two cases, and in dialogue with the concepts of biopower and psychiatrization in Foucault, the senses of integral protection, right to health, autonomy and care in order to draw clues to other modes of action in health and to ensure integral protection of children and adolescents.

Key words: psychiatrization, drugs, child, adolescent, right to health.

Introdução

Vemos ampliarem-se em todo o país as redes de atenção à saúde¹ e, com elas, as estratégias de qualificação das tecnologias leve e leve-dura² (MEHRY, 2002) no processo saúde-doença-cuidado de crianças e adolescentes, no sentido da afirmação de seus direitos humanos, sob a orientação de sua liberdade e autonomia. Considerando o princípio da equidade³, ao olharmos para essa população, há parcelas que apresentam notáveis singularidades na atenção, seja a parcela que se encontra nos circuitos entre sistemas de justiça e socioeducativo, seja também a que está nos circuitos entre as ruas e os sistemas sociais e de justiça.

Entretanto, por meio de algumas práticas e serviços dirigidos a esses dois públicos, assistimos à continuidade e mesmo ao recrudescimento dos processos de psiquiatria de crianças e adolescentes, quando os discursos e as ações de atenção à saúde mental são centrais e funcionais à gestão dos conflitos que os mesmos protagonizam no campo social. Mais especificamente os adolescentes autores de ato infracional e as crianças e adolescentes em

¹ Organizadas sob a Portaria GM/MS n. 4279/2010 (BRASIL, 2010) e o Decreto n. 7508/2011 (BRASIL, 2011), as Redes de Atenção à Saúde são: rede de atenção psicossocial, rede de cuidado à pessoa com deficiência, rede de atenção às urgências e emergências, rede cegonha, rede de atenção às doenças e condições crônicas.

² Classificada, pelo autor, em dura, leve-dura e leve, a primeira refere-se, em poucas palavras, ao complexo de equipamentos de serviços, máquinas diagnósticas e de intervenção e sistemas de informações; a leve-dura à dimensão da estruturação do processo de trabalho e as estratégias de ação; a leve, ao trabalho em ato e relacional com os demais sujeitos, usuários e trabalhadores, numa dimensão ético-política que confere aos envolvidos a condição de produzir vínculos, afetações e desejos de cuidado.

³ Embora *equidade* não seja princípio expressamente nomeado nas leis basilares do Sistema Único de Saúde, sua concepção é identificada tanto na Constituição Federal (art. 196. “acesso universal e igualitário às ações e serviços”) (BRASIL, 1988) quanto na lei federal n. 8080/90 (art. 1º. “acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”) (BRASIL, 1990a). Igualitário, cabe esclarecer, no sentido de justo, introduzindo ao lado da universalidade (saúde para todos) a singularidade da atenção (mais aos que precisam mais; diferentemente aos que precisam diferentemente).

situação de rua têm sido afetados pela recorrente associação de suas expressões, demandas e conflitos à periculosidade.

Tais modalidades de articulação entre saúde mental e *defesa social* não apenas são imbricadas em alguns processos cotidianos de atenção à saúde, como também são identificadas no bojo de uma crescente de iniciativas do Estado. É o que verificamos em propostas de modificações no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), com a proposição de sanções similares às medidas de segurança para os adolescentes aos quais se atribuem diagnósticos psiquiátricos⁴ associados à suposta prática de atos infracionais considerados graves, bem como nos dispositivos para sua operacionalização dessas medidas, como é o caso da Unidade Experimental de Saúde⁵.

Tal processo se dá no cenário colocado em nosso país, desde o final do século XX, quanto à gestão dos indesejáveis e perigosos: a discussão da redução da idade penal; o recurso crescente ao encarceramento e o abandono do discurso ressocializador; a criminalização da pobreza e o genocídio de jovens; as políticas de guerra às drogas; o retorno e/ou renovação de concepções biologicistas sobre a loucura e a violência; o recrudescimento das posições contra a Reforma Psiquiátrica; a patologização da conduta criminoso e a revigorada parceria entre os saberes médico-psicológicos e a justiça. (cf. KOLKER, 2005).

Trata-se de cenários que compõem o mosaico da *psiquiatrização*, noção trabalhada por Foucault (2006) e por Donzelot (1980) para problematizar os modos de governo de crianças e suas famílias por meio de estratégias classificatórias e interventivas acionadas pelo saber-poder psiquiátrico. Tal noção tem sido utilizada em nosso país no sentido de criticar o caráter violador de direitos humanos, como ocorre a partir de estratégias de suposta proteção como a internação psiquiátrica compulsória e o acolhimento/abrigamento compulsório. As vinculações entre o cuidado em saúde e os mecanismos de segurança e de controle da

⁴ Entre outros, os Projetos de Lei federais n. 321/01 (autoria dep. Alberto Fraga, PMDB/DF), n. 489/05 (autoria dep. Medeiros. PL/SP), n. 73/07 (autoria dep. Alfredo Kaefer, PSDB/PR), n. 85/07 (autoria dep. Onix Lorenzoni, DEM/RS), n. 125/07 (autoria dep. Fernando de Fabinho, DEM/BA), n. 348/11 (autoria dep. Hugo Leal, PSC/RJ), n. 1052/11 (autoria dep. Ubiali, PSB/SP), n. 23/12 (autoria dep. Aloysio Nunes, PSDB/SP).

⁵ O caso da Unidade Experimental de Saúde, criada em 2006 no Estado de São Paulo e refundada pelo Decreto estadual n. 53.427/08, é paradigmático para dar a dimensão desta relação. O equipamento foi destinado a oferecer atendimento para autores de ato infracional portadores de diagnóstico de transtorno de personalidade e/ou de periculosidade, durante o cumprimento de medida socioeducativa de internação, em regime de contenção. Propiciando a privação de liberdade por tempo indeterminado desses casos, a Unidade assume a função primordial de contenção daqueles tidos como intratáveis e incuráveis. Essa espécie de *manicômio judiciário juvenil* denuncia como as relações entre transtornos mentais e ato infracional vem chancelando os critérios de periculosidade e de defesa social, produzindo práticas de reclusão na exceção do Estatuto da Criança e do Adolescente e da Lei da Reforma Psiquiátrica (VICENTIN, GRAMKOW, ROSA, 2010; GRAMKOW, 2012; ASSIS, 2012).

circulação no meio urbano podem ser mais bem compreendidas à luz da noção de biopoder em Foucault (1999, 2008), sendo a psiquiatrização uma de suas facetas.

Veremos neste trabalho como estes dois conceitos nos ajudam a compreender os referidos processos. Além disso, mostraremos como esta *lógica penal-sanitarista* (ASSIS, 2012) tem se configurado em situações atuais envolvendo crianças e adolescentes usuárias ou supostamente usuárias de álcool e outras drogas, em plena vigência do ECA e do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990a). O recorte *drogas*⁶, portanto, colore o cenário de nossa análise. Tal escolha se justifica pela centralidade que o tema do uso de álcool e outras drogas, bem como o debate sobre as políticas de “enfrentamento” do crack, tomaram desde a última década, especialmente nos processos de criminalização da juventude e na sua psiquiatrização, sob a forma da “dependência química”.

Nesta perspectiva, se as relações adolescência/saúde mental/justiça parecem “menores” do ponto de vista quantitativo, são, no entanto, estratégicas para evidenciar as tendências de governo das vidas de crianças e adolescentes, configurando-se como um *analisador*. Isto é, como evento crítico que permite explicitar o jogo de forças atuando numa determinada situação, bem como arguir determinadas naturalizações (LOURAU, 1993).

Tomaremos dois casos como analisadores desta lógica: um, em torno da internação/abrigamento compulsório de crianças e adolescentes em situação de rua; outro, em torno dos destinos de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação quando em “tratamento para a dependência”. Visamos problematizar, a partir destes dois casos, os sentidos de proteção integral, direito à saúde, autonomia e cuidado, de forma a traçar pistas para outros modos do agir em saúde e de garantir a proteção integral quando falamos de crianças e adolescentes.

1. A psiquiatrização de crianças e adolescentes hoje e sua faceta extremada quando se trata do uso de drogas

1.1. Psiquiatrização: um conceito central para pensarmos a saúde de crianças e adolescentes

Ainda que nos debruçemos sobre a atualidade, Foucault (2001, 2006) e Donzelot (1980) convidam-nos a retomar o período histórico situado entre o séc. XVIII ao XX, com destaque

⁶ Ainda que o termo *substâncias psicoativas* venha sendo utilizado na tentativa de desvincular os cuidados em saúde dos juízos morais em torno de seu consumo, utilizaremos o termo *drogas*, tal como Fiore (2006), a fim de fazer visível o imbricamento das perspectivas morais, criminais e sanitárias e evitando a forte carga medicalizante do primeiro termo, como Rui (2014).

para o séc. XIX, para compreender a incorporação da infância pelos discursos e práticas psiquiátricas. Segundo Donzelot, período histórico, ao mesmo tempo em que a criança deixaria de ser tratada como mini-adulto, seria nela identificada uma representação social constituída pelos comportamentos *histérico* (patologia da vontade), *débil* (patologia da raça) e *perverso* (síntese dos dois primeiros). Considerava-se ainda que “todos os componentes da atitude vagabunda têm sua origem, em maior ou menor grau, na natureza infantil, sua sugestibilidade, sua emotividade, sua excessiva imaginação” (DONZELOT, 1980). Os comportamentos acima apontados seriam justamente os principais objetos de uma nova psiquiatria que, pautada pela nosografia emergente, viria reorganizar as populações, com destaque para as crianças e os adolescentes, resultando também no processo de psiquiatrização da vagabundagem, iniciada ao fim do século XIX.

Foucault (2006) chamou de psiquiatrização a expansão da psiquiatria para outros domínios – para além da distinção e gestão da população demarcada como doente mental, incapaz de convívio social –, quando os procedimentos psiquiátricos passam a circunscrever todas as condutas consideradas desviantes ou anormais e a ingressar nos domínios da educação, da justiça, do trabalho. Tal deslocamento, que se consolida a partir da metade do século XIX, não se dá especificamente no âmbito da psiquiatria, mas configura uma modificação mais geral nas lógicas de saber-poder-subjetivação, que Foucault designará como *biopoder*: as práticas contínuas de regulação, correção, qualificação, medição, avaliação e hierarquização da vida (FOUCAULT, 1999) e como poder disciplinar⁷, ou seja, as tecnologias de gestão do espaço-tempo, visando ampliar a docilidade e a utilidade dos indivíduos (FOUCAULT, 1977).

De acordo com Foucault (1999, 2008), foi a partir do séc. XVIII na Europa que a arte do governo alcançou um desenvolvimento expressivo com a emergência da população como objeto privilegiado de governo, para zelar por seu bem-estar e em defesa da vida. Serão os corpos dos indivíduos os novos alvos do poder que se exercerá em duas direções complementares: a do corpo máquina (disciplinas) e a do corpo espécie (biopoder). As crianças passam a ser alvo privilegiado destas operações: tornam-se objeto de operações

⁷ Segundo Foucault, ao longo dos séculos XVII e XVIII, multiplicaram-se por todo o corpo social as instituições de *disciplina*, tais como as oficinas, as fábricas, as escolas e as prisões que se materializam nos corpos dos indivíduos por meio de tecnologias de gestão do espaço e do tempo (vigilância, sanção normalizadora, exame) visando ampliar a docilidade e a utilidade de todos os indivíduos necessários ao modo capitalista de produção. Já o *biopoder*, lógica de poder que se instala também na Modernidade aplica-se aos fenômenos coletivos que podem atingir a população e afetá-la (os nascimentos, as doenças e as mortes constituem exemplos desses processos), quando os modos de ação são de regulamentação e regulação. A norma é o elemento em comum que transita entre o poder disciplinar e o biopoder, entre a disciplina e a regulamentação. A norma da disciplina e a norma da regulamentação dão origem ao que Foucault chama de *sociedade de normalização*, uma sociedade regida por essa norma ambivalente, na qual coexistem indivíduo e população, corpo e vida, individualização e massificação, disciplina e regulamentação. (FONSECA, 2002).

políticas, de intervenções econômicas, de campanhas ideológicas de moralização e de escolarização, de uma intervenção calculada.

Trata-se, ainda de acordo com Foucault (1999), de um tempo em que prevalece a ordem da norma e não a ordem da lei. Na ordem da lei, o tipo de poder operado é essencialmente coercitivo, repressivo e busca extinguir e impedir o indesejável, o ilegal; na ordem da norma, ainda que ela possa incluir o aspecto repressivo, trata-se de uma vontade de controle, regulação e prevenção, que não se satisfaz com a pura abolição do indesejável, mas busca criar, estimular a produção de novas características corporais, sentimentais e sociais. Na ordem da norma, que circunscreve modos certos de ser e regula suas variações em qualquer área da vida, o desvio será considerado anomalia para a psiquiatria. Em nome da proteção, toda e qualquer referência de anormalidade será circunscrita ao âmbito da medicalização, e a psiquiatria assumirá a função de “defesa da sociedade contra os perigos que minam do interior” (FOUCAULT, 2001, p. 403)⁸.

Tal generalização do poder psiquiátrico⁹ realizou-se, tanto para Donzelot (1980); quanto para Foucault (2006), a partir da infância:

Parece-me que essa difusão do poder psiquiátrico realizou-se a partir da infância, isto é, a partir da psiquiatrização da infância. Claro, vocês podem encontrar esboços, formas, dessa generalização a partir de certo número de personagens que não são o personagem da criança – podemos encontrá-los, por exemplo, a propósito do criminoso, e isso já bem cedo, desde a elaboração tanto das perícias psiquiátrico-legais como da noção de monomania – mas, enfim, parece-me que em todo o século XIX foi principalmente a criança o suporte da difusão do poder psiquiátrico; foi muito mais a criança que o adulto. (FOUCAULT, 2006 p.255).

Mais ainda, foi por intermédio da criança não-louca que se fez a psiquiatrização da criança: ao longo do século XIX, “é do lado dos pares hospital-escola, instituição sanitária-instituição pedagógica, modelo de saúde-sistema de aprendizagem que se deve buscar o princípio de difusão desse poder psiquiátrico” (FOUCAULT, 2006, p. 255-256)¹⁰. A psiquiatria do fim do séc. XIX corporificou as funções de governo das crianças e adolescentes com respaldo em Pinel e Morel, baluartes que encamparam o que, posteriormente, denominar-se-ia de

⁸ Neste processo, cabe lembrar que a teoria da degeneração será “a peça teórica maior da medicalização do anormal”, uma vez é que por este meio que a psiquiatria ganha a “possibilidade de ingerência indefinida nos comportamentos humanos” (FOUCAULT, 2001, p.401), nos portadores de qualquer desvio: “ela se torna a ciência da proteção biológica da espécie” (FOUCAULT, 2001, p. 402).

⁹ Cabe sinalizar ainda que o *poder psiquiátrico* em questão não se liga especialmente ao saber psiquiátrico, mas à *função-psi* (FOUCAULT, 2001), isto é, ao conjunto de agentes, discursos, instituições, objetos que operam processos de normalização com vistas à defesa e a proteção da ordem social. Portanto, função psicológica, psiquiátrica, psicopatológica, psicossociológica, psicocriminológica, psicanalítica etc.

¹⁰ Ainda segundo Foucault (2006), a anexação institucional da anomalia aos espaços da psiquiatria ocorre a partir da necessidade do modelo capitalista de trabalho: frente à necessidade de liberar os pais para o trabalho, a internação destas “crianças-obstáculos” se coloca. (p.271).

“medicina do não patológico”, ramo da medicina “defensora da ordem social, reclamando para si um poder ainda maior que o dos juristas e higienistas, pois demanda a gestão da anormalidade” (CAPONI, 2012).

Desde esta perspectiva histórica não é de se espantar que nos deparemos com a utilização dos temas da saúde mental na perspectiva da *defesa social*, quando as ideias de *proteção* e do *direito à saúde* se colocam como pretexto para o controle social de adolescentes. As situações que veremos a seguir nos levam a pensar que o que enunciemos como direitos humanos e como direito à saúde para crianças e adolescentes guardam conexões estreitas com a psiquiatrização, por vezes pela via das normas penais, exercitando, assim, *lógicas penal-sanitaristas* (ASSIS, 2012) ou uma *polícia da saúde* (SCISLESKY et al, 2013).

1. 2. O recolhimento de crianças e adolescentes em situação de rua: proteger e cuidar?

Nos primeiros anos da década de 2010, as duas maiores cidades brasileiras sediaram, nos seus centros urbanos, ações de recolhimento de pessoas encontradas nas ruas, muitas das quais vivendo nessa situação¹¹. Até aí, novidade nenhuma, na esteira da história brasileira de segregações prisionais, manicomiais e correccionais (MACHADO, 1978; SILVA, 2011; PRIORE, 2006). Essas pessoas, ademais, mantinham as regiões centrais como referência de território. As capturadas eram levadas, majoritariamente, para clínicas psiquiátricas, prisões e unidades de internação socioeducativa e de acolhimento institucional, situadas, em regra, nas bordas das mesmas cidades; as que escapavam das mãos de profissionais da assistência social, guardas municipais e policiais rodopiavam, em espiral, mantendo as regiões centrais, contudo, como referência.

Esse movimento de capturas concretas e simbólicas também cercou crianças e adolescentes que, tal como os adultos, retornavam novamente aos mesmos territórios, como numa afirmação de *locus* de refúgio e sociabilidade, realizando, inclusive, o direito (de refúgio) estabelecido no art. 16, VII do ECA. Nos dinâmicos circuitos de expulsões e permanências, “a

¹¹ Cf. reportagens em: <http://www2.camara.gov.br/agencia/noticias/ASSISTENCIA-SOCIAL/199950-PROJETO-DE-LEI-PODERA-GARANTIR-INTERNACAO-OBRIGATORIA-DE-CRIANCA-VICIADA.html>, acesso em 20/01/2012; Brasil de Fato, 05/09/2011: <http://brasildefato.com.br/content/crack-m%C3%A1solu%C3%A7%C3%B5es-para-terr%C3%ADveis-problemas>, acesso em 15/02/2012; <http://legislativosp.wordpress.com/2011/09/01/meninos-do-crack/>, acesso em 20/01/2012; <http://g1.globo.com/profissao-reporter/noticia/2011/07/internacao-obrigatoria-de-menores-dependentes-de-droga-gera-polemica.html>, acesso em 15/02/2012.

gente sai da rua, mas a rua não sai da gente”.¹² Esses territórios, lugares de convivência dessa população, estão constantemente em disputa política e econômica. Essa disputa, ao que se sabe por motivação inédita, deu-se sob a justificativa de proteção estatal frente ao uso de substâncias psicoativas ilícitas. Risco social (por serem pessoas em situação de rua) e saúde mental (por supostamente estarem em uso das substâncias) tornaram-se os argumentos para o encarceramento e dissipação de pessoas indesejadas socialmente. Com especial enfoque, crianças e adolescentes encontrados nas ruas passaram a ser perseguidos. Vejamos.

Na cidade do Rio de Janeiro, de acordo com sua Resolução SMAS n. 20, de 30.05.2011, todos os adolescentes encontrados nas ruas pelo Serviço Especializado em Abordagem Social devem ser encaminhados às Delegacias de Polícia de Proteção à Criança e ao Adolescente (Art. 5º, XV). Em recorte, esse mesmo público, se encontrado “nitidamente sob a influência do uso de drogas” deve ser, no ato, avaliado e, se “diagnosticada a necessidade de tratamento para recuperação”, “mantido abrigado em serviço especializado de forma compulsória” (Art. 5º §3º). Outro recorte é a determinação de, durante a noite, “independente de estarem ou não sob a influência do uso de drogas”, quaisquer criança e adolescente encontrados nas ruas serem “mantidos abrigados/acolhidos de forma compulsória” (Art. 5º §4º). Oito meses depois, 81 crianças e adolescentes estavam “abrigados compulsoriamente por conta do vício em drogas psicoativas”¹³.

Mobilizadas pela experiência carioca, iniciativas no âmbito legislativo¹⁴ e judiciário¹⁵ emergem no cenário paulista, fazendo da internação compulsória das crianças e adolescentes usuários de drogas uma solução para os distúrbios da cidade. Mas é somente em janeiro de 2012 que os poderes executivos municipal e estadual disparam as primeiras ações de rua com base no discurso de proteção social às pessoas usuárias de psicoativos em situação de rua. Assim se dispunha a Operação Integrada Centro Legal: “resgate da cidadania, a elevação da dignidade humana por meio da reinserção social, a recuperação de áreas degradadas e o combate do tráfico de drogas”¹⁶. Logo batizada como Operação Dor e Sofrimento pelo

¹² Essa expressão, comum de se ouvir de membros dos movimentos de população em situação de rua, obviamente não se ajusta a diversas trajetórias de vida, mas aqui se presta a dar um sentido crítico – e de não encerramento – à dinâmica generalizada encontrada em práticas que visam a promover a saída das ruas.

¹³ Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/guest/exibeconteudo?article-id=1919827>, acesso em 15/02/2012)

¹⁴ No parlamento estadual, o então proposto projeto de lei n. 673, de 29 de junho de 2011, autorizaria “o Poder Público a manter sob sua tutela e internar para tratamento médico, as crianças e adolescentes apreendidos em situação de risco” (SÃO PAULO, 2011). Em sua Justificativa, o autor do projeto de lei informa que essa iniciativa encontra total amparo no Estatuto da Criança e do Adolescente.

¹⁵ Em setembro de 2011, é a vez do poder judiciário paulista protagonizar: iria “montar um posto na cracolândia, na região da Luz, no centro da capital, para definir a internação compulsória de crianças e adolescentes viciados em crack” Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,tj-vai-a-cracolandia-julgar-internacao->

¹⁶ Disponível em <http://www.policiamilitar.sp.gov.br/hotsites/centrolegal/boletim.html>, acesso em 20/01/2012.

coordenador estadual de Políticas sobre Drogas, a ofensiva, deflagrada pela Polícia Militar e em total desarticulação com os setores da Saúde ou da Assistência Social, levava aos noticiários imagens de pessoas constrangidas pela violência policial, apreendidas massivamente e impedidas de permanecerem nas calçadas e vias públicas.

Se o “mundo da rua” equivale, para os moradores de rua, ao “mundo da casa” para as classes sociais hegemônicas (CHAUÍ, 1986) – num ímpeto de privatização e, ao mesmo tempo, “horrorização” do espaço público –, a rua se torna arbitrária e violenta, seja pela sua própria dinâmica cotidiana, seja pelas intervenções extraordinárias por parte das agências sociais e penais do Estado. Nesse cenário de disputa de mundos, de continuidade do acirramento histórico pela ocupação, esquadrinhamento e organização da rua, a via penal e repressiva é a escolha privilegiada na resolução de conflitos e na criminalização de condutas (CAMPOS, 2006).

No início de 2013, era a vez do Judiciário protagonizar a implantação de anexo judiciário ao CRATOD (Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas, sediado no centro da cidade), com vistas a acelerar os encaminhamentos da população de rua e usuária de drogas pelos fluxos da saúde, preponderantemente para internação. Na urgência de disponibilizar vagas para estas internações, denúncias indicavam a “reserva de vagas” exclusivas para aqueles provenientes do plantão judiciário em serviços de saúde. Esta imposição, às margens da legalidade, submetia as lógicas próprias da saúde mental e dessassistia os usuários com transtorno mental já atendidos pelos serviços da rede¹⁷.

Caso emblemático ocorreu no Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental (CAISM) Philippe Pinel, na capital paulista, serviço de referência de internações psiquiátricas, em especial de crianças e adolescentes do Estado. Com a implantação do anexo judiciário, os leitos do hospital psiquiátrico, inclusive aqueles voltados a crianças e adolescentes, foram destinados exclusivamente para a demanda do CRATOD. O resultado foi a transformação do serviço em um “depósito de dependentes químicos”¹⁸, com usuários sendo “descarregados” à revelia de indicações médicas, e com o serviço impossibilitado de recusá-los, devendo, além do mais, mantê-los medicados durante 30 dias (SÃO PAULO, 2013).

Sob o imperativo do medo e pânico generalizado, sem capacitação nem suporte para receber essa nova demanda, o serviço passou a se valer da presença policial ostensiva para controlar

¹⁷ Como na cidade de Santos, onde promotora da cidade indicava 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>>.

¹⁸ Palavras utilizadas pelo Ministério Público, ao impetrar Ação Civil Pública responsabilizando o Estado pela ilegalidade da medida (SP, 2013).

as turbulências institucionais. O imperativo da segurança pública desmontou 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 pela ameaça nas relações entre usuários e profissionais; e os abusos entre os próprios usuários, aglutinados em distintos grupos – os “psicóticos” e os “dependentes” –, que 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 preço do aumento da vulnerabilidade, da precarização dos quadros de saúde, e de violações de direitos (SÃO PAULO, 2013).

O processo relatado acima condensa, portanto, as ações estatais conformadas por um modelo penal de pensamento e organização social que reage no sentido do disciplinamento da população de rua, inclusive de crianças e adolescentes, sob a lógica repressivo-penal, ainda que sob a chancela da saúde. Todavia, um aditivo nesse momento histórico: são práticas, por assim dizer, de “controle sociopenal” desse público (SILVA, 2011), que conformam um modelo não apenas da ordem da delinquência, como também penal-sanitarista de reação às liberdades incontinentes nas ruas.

Voltamos, portanto, a um ponto demarcador fundamental, que apresenta o ineditismo das ações de 2011 e 2012: em nome da saúde mental de crianças e adolescentes em situação de rua – portanto, de risco social (BRASIL, 2011a) –, violar-se-iam seus direitos de liberdade e de convivência familiar e comunitária. Não se trata mais, como historicamente se fez, de justificar o recolhimento pelo suposto risco de morte, pela desocupação vadia ou pela ofensa imoral e vexatória aos transeuntes. Trata-se de uma psiquiatrização *das e nas* ruas: *das* ruas por se tornarem um lugar horrendo, em que os enjeitados e anormais as tornam enjeitadas e anormais, lugar do adoecimento social e da produção de desvios morais e loucura; *nas* ruas por elas servirem de circuito do discurso propriamente dito da patologização dos sujeitos nela encontrados, bem como de circuito do enfrentamento de seus comportamentos – pela criminalização das condutas e/ou tutela de suas liberdades.

1.3. Internações psiquiátricas de adolescentes em conflito com a lei motivadas por uso de drogas: o circuito das institucionalizações

Desde os anos 2000, identifica-se que o “distúrbio de conduta” já vinha se apresentando como uma classificação diagnóstica representante de um “novo perfil” nos processos de

psiquiatrização do adolescente em conflito com a lei¹⁹ (Vicentin, 2005). Associado a comportamentos de rebeldia e insubmissão aos ordenamentos institucionais, inaugura um crivo psiquiátrico estratégico, passando a definir especialmente aqueles cujas condutas não se adequam à instituição, resistentes às intervenções socioeducativas e terapêuticas e que demandariam novos arranjos institucionais de maior contenção²⁰.

Expressão dos entraves na gestão da saúde mental na Fundação CASA²¹ são as próprias declarações²² de sua presidente, Berenice Gianella, ao afirmar que os jovens com problemas relacionados a saúde mental são aqueles que têm as internações socioeducativas prolongadas pela dificuldade no atendimento em saúde, e também "são os jovens que causam mais problemas no cotidiano das unidades"²³. Na gestão destes conflitos, a administração generalizada de psicofármacos, ou contenção química, vem sendo uma importante estratégia (CFP, 2006; SEDH/Fiocruz, 2008).

Nos últimos anos, associada ao tema do "transtorno de conduta" vemos a emergência da questão das drogas ganhando centralidade nos processos de psiquiatrização. O consumo/comércio de drogas vem obtendo preponderância nos processos de criminalização²⁴ de segmentos da adolescência, incorporando às unidades de internação adolescentes tidos

¹⁹ Importante ressaltar que tal diagnóstico vem se consolidando em todo o campo da saúde mental infantojuvenil, produzindo a patologização dos conflitos relacionais, das inadequações aos regramentos escolares e familiares e das insubmissões de todas as ordens. No campo socioeducativo, o "transtorno de conduta" inverte a lógica diagnóstica: não mais designa as demandas de um sujeito, mas serve à reiteração nosológica da condição de privação de liberdade e, logo, como instrumento discursivo para o aumento da vulnerabilidade destes jovens aos abusos e arbitrariedades do sistema de justiça.

²⁰ Conforme exposto acima, a fundação da Unidade Experimental de Saúde forja uma lacuna entre os sistemas sociais e seus pontos de atenção, tornando-se justificativa para sua própria existência e funcionamento, haja vista que, segundo o Decreto 53.427/08, torna-se necessária essa estratégia considerando "as determinações do Poder Judiciário ao Executivo para que adolescentes e jovens adultos, autores de atos infracionais graves, portadores de distúrbios de personalidade e de alta periculosidade, tenham a conversão da medida socioeducativa em medida protetiva, recebendo tratamento psiquiátrico em local com contenção; e (...) que a política de saúde mental do Sistema Único de Saúde - SUS/SP preconiza a atenção psiquiátrica, quando hospitalar, em ambientes livres de contenção e preferencialmente em hospitais gerais". Ou seja, não obedece aos parâmetros do SUS e do ECA.

²¹ Instituição vinculada à Secretaria de Estado da Justiça e da Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo, responsável pela aplicação das medidas socioeducativas de internação e semiliberdade dos adolescentes do Estado.

²² Realizadas no Seminário Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei, em 2012. Disponível em: <http://www.fundacaocasa.sp.gov.br/index.php/noticias-home/1347-berenice-critica-internacoes-de-jovens-com-problemas-mentais>

²³ Nesse sentido, a recente regulamentação do sistema socioeducativo pelo SINASE (Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo, 2012), que abre espaço para a incorporação e regulamentação de medidas protetivas que visam cuidar das questões da saúde mental e de álcool e outras drogas, também cria um perigoso dispositivo de interdição civil nestes casos, que favorece a intervenção arbitrária do judiciário e a contenção prolongada, justificada como medidas protetivas e terapêuticas. Isso, a despeito de a realidade brasileira apontar que a maioria esmagadora do público socioeducativo não seria público de interdição civil, seja por estarem na fase adolescente, seja por – e também por isso – não possuir patrimônio significativo.

²⁴ O aumento do índice de prisões pelo delito de tráfico de drogas, que saltou de 4,76% em 2000 para 42,1% dos adolescentes presos em 2012 equiparou o tráfico ao delito de roubo, que historicamente era a maior causa de aplicação de medida socioeducativa. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/05/1281551-trafficantes-adolescentes-dobram-a-populacao-da-antiga-febem.shtml>

como traficantes, majoritariamente varejistas e de baixa importância nas estruturas do crime organizado. Somando-se o tráfico às detenções por roubo ou furto associados ao uso de drogas, essa questão vem tendo preponderância na saúde mental do sistema socioeducativo: em 2012, 74,8% dos jovens internados eram usuários de drogas²⁵ (CNJ, 2012).

Quanto ao cuidado oferecido a esses adolescentes, além do atendimento psicológico e da avaliação psiquiátrica dentro das próprias unidades, prevalecem como encaminhamentos externos as comunidades terapêuticas e os hospitais psiquiátricos; (40%) e uma menor utilização dos serviços de saúde externos e abertos, como os CAPSad (25%). Isto é, os adolescentes se movimentam entre dispositivos similares: das unidades de internação para hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, num modelo de cuidado centrado na abstinência e na institucionalização (já incentivada pela circunstância de privação total da liberdade imposta pelo modelo de responsabilização da medida de internação), em detrimento das abordagens de base territorial. Do mesmo modo, unidades socioeducativas afirmam que recebem mandado de internação compulsória em serviço de saúde mental emitida pela Vara da Infância – ou solicitado pelo Ministério Público – e quase a metade acata o mandado, independentemente de buscarem mecanismos de diálogo com o Judiciário (Brasil, SEDH/MS, 2009).

Vejamos aqui como essa demanda proveniente do sistema socioeducativo estabelece relações problemáticas com um serviço de internação psiquiátrica especializado em dependência química²⁶, localizado na cidade de São Paulo, criado em 2010 para atender exclusivamente usuários de drogas²⁷.

Neste serviço, identificou-se que os encaminhamentos da Fundação CASA eram realizados de forma tardia e depois de alguns meses de privação de liberdade, contradizendo a indicação médica para internação no serviço de saúde, centrada no atendimento à crise e na desintoxicação. Em muitos casos, no momento em que o jovem chegava ao serviço, após alguns meses de privação de liberdade e abstinência, não tinha mais indicação para internação, sendo, no entanto, compulsoriamente atendido. Os encaminhamentos de

²⁵ Nesses casos, temos visto como o uso de drogas também pode acarretar no prolongamento do tempo de internação (travestida de “medida protetiva”): dentre os operadores da Justiça, são difundidas as concepções da internação socioeducativa como local de desintoxicação e/ou de proteção contra os perigos da droga e das ameaças dos traficantes, que, muitas vezes, impedem a desinternação do jovem.

²⁶ Trata-se do serviço vinculado à Ação Integrada Centro Legal (predecessora da referida Operação Centro Legal), inaugurado sob a denominação SAID (Serviço de Atenção Integral ao Dependente) e posteriormente renomeado UNAD (Unidade de Atendimento ao Dependente).

²⁷ Conforme dados de pesquisa apresentada em JOIA, 2014.

adolescentes em privação de liberdade eram feitos, em geral, pelos CAPS²⁸, acionados pela própria unidade de internação. 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 se articulassem estratégias intersetoriais de cuidado.

Como critério de encaminhamento, observou-se que a internação psiquiátrica era utilizada, por vezes, mediante o não cumprimento da medida socioeducativa de liberdade assistida, ou seja, como forma de novamente conter o jovem em uma instituição fechada, dado o seu “fracasso” no cumprimento em liberdade. Quando da alta médica, em alguns casos, descartavam-se os encaminhamentos para as redes territoriais presentes no Projeto Terapêutico Singular dos jovens, retornando os mesmos para a Fundação CASA. Da mesma forma, a morosidade para a autorização de alta do Poder Judiciário resultava em agravo aos quadros dos usuários, uma vez que não respeitavam os critérios e processos terapêuticos, ficando o serviço e o jovem aguardando tal autorização.

Como discutido anteriormente, o “transtorno de conduta” e o “transtorno desafiador de oposição” são centrais no atendimento destes jovens. “Participação irregular nas atividades propostas”, “comportamento desafiador e provocativo”, “deprecação do patrimônio”, “tentativa de liderar uma rebelião”, “capacidade psíquica de planejamento e articulação” são algumas das características e atitudes que indicam o perfil transtorno de conduta na internação. As fugas do serviço, realizadas em grande parte por adolescentes encaminhados do sistema socioeducativo, são associadas a indício do transtorno de conduta. O que o diagnóstico de transtorno de conduta parece indicar é a reprodução das estratégias de resistência e transgressão próprias do sistema socioeducativo – rebeliões, fugas –, indicando que há uma similaridade das lógicas institucionais postas em jogo na internação psiquiátrica. É, portanto, como “cumprimento” do tratamento em saúde que a internação psiquiátrica se apresenta aos jovens que se encontram em medida socioeducativa. O direito à saúde converte-se em dever, ou seja, cabe ao jovem submeter-se a um tratamento de saúde como parte da compensação pelo ato infracional que cometeu. Os próprios usuários explicitam o teor punitivo da medida: nas suas palavras é sob a forma de “quitar os débitos com a justiça” e “solucionar problemas judiciais pendentes” que incorporam a medida. Na mesma linha,

²⁸O atendimento de adolescentes em privação de liberdade nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) atende às diretrizes das políticas de saúde mental atuais. Sabemos, entretanto, que esses atendimentos não acontecem sem impasses e turbulências nas relações entre a justiça e a saúde: o jovem comparece ao serviço escoltado por monitor da Fundação CASA ou policial, o que limita sua circulação pelo serviço e impõe a perspectiva da periculosidade ou do risco de fuga à presença do jovem.

Scisleski (2008) afirma que os jovens oriundos do socioeducativo e internados compulsoriamente não identificam na internação psiquiátrica um lugar de cuidado e tratamento e de produção de novas possibilidades de futuro.

Assim, se, por um lado, as internações psiquiátricas de adolescentes em conflito com a lei e usuários de drogas denotam uma via de acesso destes jovens ao sistema de saúde, a imputação do tratamento converte-se em continuidade dos efeitos punitivos do sistema socioeducativo, minimizando seus efeitos terapêuticos (SCISLESKI, 2008).

1.4. Lógicas penais-sanitárias em tempos de ECA e de Reforma Psiquiátrica

As duas situações acima analisadas, tanto a de crianças e adolescentes em situação de rua quanto a de adolescentes em conflito com a lei, evidenciam modalidades pelas quais, por meio do direito à saúde, se justifica o recolhimento e a privação de liberdade de crianças e adolescentes, sob a forma da internação. Ou seja, sob vigência do ECA e da Lei da Reforma Psiquiátrica, renovadas formas de psiquiatrização de crianças e adolescentes, em especial daqueles considerados em situação de vulnerabilidade, têm lugar.

Diferentes estudos têm identificado, no Brasil, desde os anos 90, certas mudanças nos perfis das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes, nos maiores hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre. A presença de determinações judiciais, muitas vezes sob a forma da internação compulsória, requeridas pelo Conselho Tutelar, instituições de acolhimento institucional, sistema socioeducativo e pela própria família, vem ganhando importância, trazendo novas problemáticas: a determinação de prazos e/ou a internação subordinada aos critérios jurídicos, independente dos critérios médicos e das equipes de saúde; tempo médio de internação superior aos dos demais internos admitidos por outros procedimentos, caracterizando muitas vezes o hospital como lugar de asilo; e acentuada atribuição dos atos indesejados a distúrbios de conduta e ao uso de substâncias psicoativas (portanto, não psicóticos). (BENTES, 1998; JOIA, 2006; SCISLESKI, 2008; CUNDA, 2011; BLIKSTEIN, 2012).

Se, como vimos nas situações analisadas, o sistema de justiça é central nessa problemática não é só a justiça que vem promovendo e requisitando tais intervenções. Reis (2012) identifica que o ingresso de jovens usuários de drogas 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 a internação ao poder judiciário

encontram as justificativas nas associações entre a “falência familiar”, que destitui a família de sua função protetiva, os comportamentos “agressivos” e “transtornos de conduta” dos adolescentes, e a condição de risco para si e para terceiros.

Em nome da proteção, com presença ou não da ordem judicial, tais circuitos vem reafirmando a função asilar do hospital psiquiátrico, resultando no abandono de crianças e adolescentes em longos períodos de internação ou ainda na utilização do hospital psiquiátrico como lugar de contenção dos “indesejados”.

Nos circuitos destas crianças e adolescentes pudemos perceber que, diferentemente da atenção à crise (ou às urgências) tal como instituída pela Política Nacional de Saúde Mental (em que a internação é breve e a criança e o adolescente encontram-se em processo de cuidado sob referência territorial e ordenado pelas redes de atenção à saúde e intersetoriais), produzem-se: o afastamento dos jovens dos contextos sociais e comunitários e a reafirmação de um circuito aprisionante, ao contrário da produção de diferentes projetos de vida e de articulação de redes de cuidado (SCISLESKI, 2008; BLIKSTEIN, 2012; JOIA, 2014); a prevalência do controle sobre o cuidado (JOIA, 2006; BLIKSTEIN, 2012); o uso da ação de saúde como um recurso auxiliar à disciplinarização dos jovens (SCISLESKI, 2008), quando a terapêutica tende a se confundir com pena ou quando tratamento e castigo assumem a forma de um continuum punição-tratamento (GUEMUREMAN e DAROQUI, 2001; SCISLESKI, 2008; ASSIS, 2011; JOIA, 2014).

Scislesky et al (2013) nomeiam estas estratégias de segurança pública em nome da saúde de *polícia da saúde*, e sinalizam que tais políticas (polícias) operam por uma seletividade social e econômica com base no perfil do usuário (e não na natureza da droga), quando os pobres receberão “tratamento” diverso dos outros segmentos de classe: seja a submissão do sujeito a um tratamento em Comunidades Terapêuticas²⁹ – repleto de práticas punitivas, disciplinares, religiosas e, por vezes, sem plano terapêutico mínimo; seja o controle exercido pelo sistema penal, uma vez que o sujeito pobre e usuário que se envolve com práticas ilícitas para manter seu uso (prejudicial ou não) é enquadrado com frequência na categoria de traficante.

Os mesmos autores questionam: a) a própria ideia de saúde oferecida a esses usuários pobres e dependentes químicos, que reforça práticas de segregação; b) a própria dimensão do direito e do acesso à saúde, marcada pela assimetria econômica. Tal operação legitima o lugar de

²⁹ Instituições que promovem o tratamento em locais fechados e isolados, inclusive de crianças e adolescentes, e que contam com inúmeras denúncias de violação de direitos (CFP, 2011). A internação forçada em centros como estes tem sido apontada por organismos internacionais como prática ineficiente no tratamento da drogadição, por apresentarem sistemáticas violações dos direitos humanos dos usuários, tais como trabalhos forçados, punições físicas e abusos de toda ordem (HALL et al, 2012).

exclusão do pobre e usuário de drogas, entendido nessa trama como um sujeito que deve ser contido, pois, devido à sua periculosidade, deve ser alvo das políticas de segurança.

Se, com Foucault, pudemos perceber/entender esta “conjugação” ou emaranhado entre proteção e segurança social por meio do *biopoder* (FOUCAULT, 1999, 2008), será interessante abrirmos outra perspectiva (no campo específico da saúde) para pensar a internação como um pano de fundo que mantém seu papel de administração dos *resíduos* (LEONARDIS, 1998), entendidos como o produto de um circuito de respostas seletivas, codificadas e fragmentárias dos serviços, em que, numa espiral de cronificação, conjuga abandono e controle. Isto é, se o lugar da internação psiquiátrica parecia perder sua importância e se deslocar com a desinstitucionalização dos serviços substitutivos, na psiquiatria reformada a internação passa a encarregar-se da gestão destes resíduos institucionais: aquilo que excede as respostas dos modelos institucionais do circuito composto pelos setores sanitários, assistenciais e judiciais. Por não ser redutível a uma solução institucional definida, é uma população que adquire o estatuto de periculosidade social, diante da qual será a psiquiatria, na sua função segregadora e manicomial, que assumirá sua administração. (LEONARDIS, 1998)

Afirma Leonardis:

(...) o novo resíduo tem algo de ameaçador no fato de não corresponder, de não ser redutível a uma solução institucional definida. Em suma, talvez seja essa complexidade irredutível a que vem a constituir um perigo desde o ponto de vista institucional” (1998, p. 441, tradução nossa).

Nesta perspectiva, a periculosidade é um efeito residual com relação aos códigos interpretativos e de intervenção das próprias instituições; é efeito, portanto, dos próprios *mecanismos de segurança* (FOUCAULT, 2008) e de *proteção* (CASTEL, 2005) que multiplicam as situações ameaçadoras e incrementam as estratégias puramente defensivas (PITCH, 2003). É, desde a psiquiatrização, no campo da infância, que vemos prevalecer os argumentos da proteção como legitimação de formas de coerção e de restrição arbitrária de liberdade.

Em síntese, adolescentes e jovens estão cada vez mais regulados por circuitos de intercâmbio entre norma biológica e norma jurídica (FOUCAULT, 1999), quando os critérios biológicos são o crivo da ação política: este é o caso das atualizações da figura do *anormal* (FOUCAULT, 2001), seja na forma dos transtornos de conduta ou da dependência química e tendo como base a imprevisibilidade, incompreensibilidade e intratabilidade de certos comportamentos juvenis (VICENTIN e ROSA, 2009; ROSA e VICENTIN; 2010). Os temas do uso de álcool e outras drogas, assim como o debate sobre as políticas de “enfrentamento”

do crack têm sido emblemáticos para pensar este intercâmbio entre norma biológica e norma jurídica, reafirmando a periculosidade sob uma espécie de duplo – criminoso e doente –, justificando a internação psiquiátrica compulsória (CUNDA, 2011; ASSIS, 2012; REIS, 2012; JOIA, 2014) ou a segregação por tempos prolongados nas denominadas Comunidades Terapêuticas.

É nossa função ampliar a disjunção entre cuidado e defesa, isto é, faz-se necessário um deslocamento da intervenção do sistema de justiça a respeito da sua relação com as políticas de saúde mental: não mais insistindo na imposição e legitimação da restrição de liberdade e segregação social, mas atuando pela garantia de assistência adequada e condizente com as diretrizes sanitárias atuais (GRAMKOW, 2012; ASSIS, 2012; JOIA, 2014; FRASSETO & JOIA, 2014; SCISLESKY et al, 2013). É o que discutiremos a seguir.

2. Pensar o direito à saúde na perspectiva dos direitos humanos de crianças e adolescentes: uma direção ético-política e algumas pistas

2.1 Uma direção ético-política: os dispositivos da saúde não são lugar de pena-tratamento

Como vimos, decorre da análise feita acima que uma direção ético-política da garantia do direito à saúde na perspectiva dos direitos humanos de crianças e adolescentes implica a desvinculação do direito à saúde dos mandados sociais de repressão e segregação desses “novos perigosos”.

Fundamentado pela Doutrina da Proteção Integral, o ECA assegura o direito à saúde sendo que “os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições”, conforme exposto no art. 112. O local adequado ao atendimento, assim como as estratégias oferecidas, deverão ser estipuladas conforme a Lei da Reforma Psiquiátrica e as diretrizes em saúde mental, a saber: em recursos preferencialmente extra-hospitalares e articulados territorialmente na região de proveniência da criança. No caso da internação psiquiátrica – que deverá necessariamente ser indicada por médico, assim como sua alta –, o período de reclusão deverá orientar-se pelos critérios de brevidade e excepcionalidade, buscando-se minimizar os prejuízos no que se refere à convivência familiar e comunitária e os efeitos iatrogênicos inerentes a qualquer privação de liberdade. (FRASSETO & JOIA, 2014).

Em nenhuma hipótese, cabe ressaltar, tal internação deve ser feita de forma compulsória, isto é, determinada por critérios judiciais³⁰. Em todos os casos aqui citados, inclusive de crianças em situação de rua, adolescentes em conflito com a lei, ou provenientes de acolhimento institucional, a internação poderá se dar de forma voluntária ou involuntária, chancelada pela decisão de serviço de saúde. Ainda que o Poder Judiciário seja convocado a disponibilizar vaga de internação, isto deve ser compreendido como garantia do direito à saúde e deve atender somente a uma indicação médica já existente.

A assunção de que é necessária a intervenção judicial nos casos de crianças e adolescentes exclui a reconhecida autonomia que se quer conferir à infância e juventude, de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, o ECA e o SUS. Da mesma forma, caminha na contramão da ampliação da garantia do direito à participação, e do seu reconhecimento como cidadão e sujeito de direitos. Participar é ser também sujeito ativo das ações que se produzem em torno de suas trajetórias e seus destinos. (FRASSETO & JOIA, 2014).

Nesse sentido, o campo das políticas fundamentadas na Redução de Danos – com destaque para o reconhecimento dessa estratégia na Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) –, vem ampliando e consolidando práticas em saúde que privilegiam o cuidado em liberdade e o reconhecimento da autonomia dos usuários³¹. O recém elaborado documento “Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS Tecendo Redes para Garantir Direitos” (BRASIL, 2014a) aponta para a produção de cuidado necessariamente intersetorial, contextualizado e singularizado, alertando para os riscos de reduzir à patologia as complexas demandas de crianças e adolescentes usuários de drogas.

Na mesma linha, o “Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua”, do Ministério da Saúde, destaca a importância do vínculo e do engajamento do usuário ao tratamento e a prioridade dos serviços substitutivos em saúde mental e de atenção territorial. A respeito da imposição do tratamento, conclui que “as posturas extremas, como impor o tratamento e exigir abstinência, e todas as mudanças de conduta ou, simplesmente, aguardar

³⁰ A internação compulsória é entendida aqui como aquela que unicamente atende aos critérios da medida de segurança, isto é, voltada a adultos que cometeram delitos e são avaliados com transtornos mentais.

³¹ 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. Da mesma forma, o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD), criado por esta lei, tem o intuito de “contribuir para a inclusão social do cidadão, visando a torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas e seu tráfico ilícito, promover construção e socialização do conhecimento sobre drogas e **integração entre as políticas públicas**” (Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2010, p. 10, grifo nosso). Como alertam Scisleski et al (2013), tal integração entre as políticas públicas, no que tange ao SUS, exige necessariamente o aceleração da ampliação e qualificação das Redes de Atenção Psicossociais (RAPS) (BRASIL, 2011b): seus serviços, equipes e recursos substitutivos à lógica manicomial, como os CAPS AD ou as Unidades de Acolhimento.

que cada pessoa tome todas as decisões são igualmente equivocadas e improdutivas” (BRASIL, 2012b, p. 73).

Portanto, o direito à saúde não pode ser pensado senão à luz dos *direitos à participação*, quando a proteção não pode ser pensada separada da autonomia. Assim, há de mantermos permanente sentinela quanto ao conservador desprestígio deste direito tão pouco debatido, menos ainda garantido, o *direito à participação*. Como vimos, o apelo ao uso de drogas como supressor da capacidade de decisão vem reafirmando o histórico trato tutelar às crianças e adolescentes, fundamentado na sua incapacidade. Conforme alerta Edson Sêda, são os “menoristas” “os cultores não da capacidade, mas da *incapacidade* humana (...) [para esses] criança, adolescente e índio não têm autonomia alguma que não seja a de serem *tutelados* pelos pais ou pelo Estado” (SEDA et al, 2005)

É com os mesmos mecanismos teóricos que lidamos para afirmar direitos de adultos que também devemos reconhecer os direitos de crianças e adolescentes, no sentido de se firmar a evolução do conceito de **capacidade constatada**:

O apuro do conhecimento cosmológico, antropológico, genético, psicológico, pedagógico, matemático, ecológico, econômico (o todo abordável, holisticamente, no enfoque de um Direito do Desenvolvimento Humano), [que] já permite ao mundo jurídico fazer o ajuste radical da antiga *percepção menorista de incapacidade absoluta*, para o *moderno paradigma da capacidade constatada*, segundo os ditames mais avançados do saber interdisciplinar.” (SEDA et al, 2005, destaque nosso).

Se o paradigma da proteção integral, rigorosamente alinhado ao da Reforma Psiquiátrica, já nos adverte sobre a mudança dos tempos, a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência³² reforça e radicaliza. Reconhece que tais pessoas, inclusive as crianças e os adolescentes, “gozam de **capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida**”; e que “os Estados Partes tomarão medidas apropriadas para prover o acesso de pessoas com deficiência ao apoio que necessitarem no **exercício de sua capacidade legal**. (art 12, destaque nosso).

Por ser também contemplada na Convenção, a deficiência mental e intelectual permite ampliar mecanismos de exigibilidade dos direitos de crianças e adolescentes aos quais se atribuem transtornos mentais – inclusive os supostamente decorrentes do uso de drogas. Quanto às especificidades da infância e adolescência, afirma:

2.Em todas as ações relativas às crianças com deficiência, o **superior interesse da criança receberá consideração primordial**.

³² Ratificado internamente sob o Decreto n. 6.949/2009 (BRASIL, 2009), o documento internacional tem status interno de norma constitucional, sobrepondo-se, pela hierarquia das leis, ao Código Civil (BRASIL, 2002) e qualquer outra lei ordinária, invalidando suas normas em desacordo.

3.Os Estados Partes assegurarão que as crianças com deficiência tenham o direito de **expressar livremente sua opinião sobre todos os assuntos que lhes disserem respeito**, tenham a sua opinião devidamente valorizada de acordo com sua idade e maturidade, em igualdade de oportunidades com as demais crianças, e recebam atendimento adequado à sua deficiência e idade, para que possam exercer tal direito. (art. 7, grifos nossos).

Como vimos, a todas as pessoas deve ser reconhecida capacidade legal, devendo o Estado (e sociedade) retirar barreiras ambientais e atitudinais que, em nome da deficiência, têm sido validadas e, por consequência, invalidam os direitos da pessoa. O mesmo vale para crianças e adolescentes, cuja capacidade legal impõe ao Estado a criação de mecanismos que lhes garantam todos os direitos – ainda que adequando o exercício dos mesmos de acordo com o desenvolvimento de cada uma delas. Logo, no que a diferença entre adultos e crianças/adolescentes as inferioriza (subtração de direitos comuns, como o de participação e de cuidado com autonomia), é preciso garantir status de igualdade; no que a diferença lhes é favorável (direitos especiais, como a convivência familiar e comunitária e o direito de brincar), é preciso mantê-los garantidos e, portanto, torná-los um promotor de alterações na lógica cotidiana do processo saúde-doença-cuidado, sustentado nas interfaces entre os sistemas sociais e de justiça.

A dinâmica apresentada até o momento nos pede, como em qualquer processo de transformação em políticas públicas, o investimento de energia criativa e afirmadora de pilares favoráveis e já presentes na estrutura de Estado. É nesse sentido que apresentamos, a seguir, duas pistas que abrem novas janelas e antigas portas emperradas pelo mau uso ou pelo descuido com suas engrenagens: uma relativa à política intersetorial entre saúde e o campo socioeducativo e outra sobre a tensão tráfico-trabalho.

2.2. A gestão do cuidado compartilhado entre o campo socioeducativo e a saúde: a proposta da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI)

Traremos ao debate, aqui, lógicas alternativas de cuidado ao adolescente em conflito com a lei, lançando luz à discussão em torno da efetivação do seu direito à saúde. Após a primeira versão de 2004, a PNAISARI³³ foi refundada sob a Portaria GM/MS 1.082/2014 (BRASIL,

³³ De acordo com seu art. 6º, “A PNAISARI tem como objetivo geral garantir e ampliar o acesso aos cuidados em saúde dos adolescentes em conflito com a lei em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, fechado e semiliberdade”.

2014), trazendo, na mesma perspectiva da intersetorialidade, do cuidado em rede e da incompletude institucional, novos mecanismos e estratégias.

A começar pelo público-alvo, estende-se a cobertura da atenção integral à saúde aos adolescentes em cumprimento de medidas em meio aberto. Além disso, propõe maior vinculação das equipes de atenção básica à unidade socioeducativa, tendo aquela como coordenadora do cuidado³⁴ (art. 12, §1º). As equipes de atenção básica deverão se articular com as equipes de saúde internas à unidade para promover a inserção dos adolescentes nas redes de atenção à saúde.

No que tange aos cuidados em saúde mental, um suporte de recursos humanos e a estratégia de aproximação à instituição total se destacam: para unidades de até 40 adolescentes, acresce-se um profissional de saúde mental à equipe de saúde da atenção básica de referência territorial; para unidades em que haja de 41 a 90 adolescentes, crescem-se dois profissionais de saúde mental; para unidades com mais de 90 adolescentes, três profissionais de saúde mental (art. 13), podendo esses profissionais serem vinculados às equipes do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

A função primordial dos profissionais é promover ações de matriciamento no processo saúde-doença-cuidado estabelecido na relação entre técnicos internos às unidades e os adolescentes internados, não sendo prioridade programática “o atendimento individual, ambulatorial, nem mesmo a realização de avaliações demandadas pelo Judiciário”. Importante diretriz, que propicia a desvinculação das ações com base nas demandas dos jovens dos imperativos de controle do Judiciário. É assim que

Essa estratégia favorece a permeabilidade da instituição socioeducativa à comunidade e atende aos princípios previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente de incompletude institucional e reinserção social dos adolescentes em situação de privação de liberdade. (BRASIL, 2014)

Vale destacar que essa modalidade de gestão compartilhada entre socioeducativo e saúde justifica-se “em virtude da importância da promoção de saúde mental em instituições fechadas, do reconhecimento do sofrimento psíquico decorrente da institucionalização”.

³⁴ Em seu art. 10, assim define: “§ 1º Todos os pontos da rede de atenção à saúde devem garantir aos adolescentes em conflito com a Lei, segundo suas necessidades, o acesso aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e de assistência farmacêutica. 2º A Atenção Básica tem como responsabilidade sanitária o cuidado dos adolescentes em conflito com a Lei, em especial os que se encontram em situação de privação de liberdade, e devem realizar essa atenção com base territorial”. E retoma, no art. 12: “A atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade será realizada, prioritariamente, na Atenção Básica, responsável pela coordenação do cuidado dos adolescentes na Rede de Atenção à Saúde.”

Ademais, em razão da eventual trajetória que produz necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas,

o que não implica necessariamente na ocorrência de transtornos mentais, mas de um sofrimento psíquico que pode ser mais ou menos intenso em virtude da própria privação de liberdade, do afastamento da família e do convívio social, da violência institucional, entre outros. (BRASIL, 2014)

Essa estratégia, portanto, responde a uma série de princípios e desafios, pois: a) dentre as adotadas nos sistemas sociais (educação, saúde, assistência social, habitação etc.), parece ser a que mais consolida o princípio da incompletude institucional no campo da infância e adolescência; b) insere na agenda institucional e nos processos de trabalho, de modo oficial, encontros intersetoriais entre profissionais do sistema socioeducativo e profissionais do sistema de saúde – deixando de ser de acordo com as eventualidades do caso a caso; c) oxigena as ações de técnicos internos à unidade ao se triangular a co-responsabilidade e o vínculo dos profissionais da rede junto aos jovens; d) consolida as redes de atenção à saúde como *locus* e referência estratégica no processo saúde-doença-cuidado, sendo a rede de atenção básica a ordenadora e preceptora na assistência; e) divide entre os técnicos internos à unidade e trabalhadores das redes o papel de produzir saúde, possibilitando a conservação dos aspectos socioeducativos sem os condicionar à postura do adolescente no acesso à saúde.

A disputa discursiva pela natureza jurídica e social da medida socioeducativa pode ser melhor dissolvida, entre outras formas, por essa estratégia, que possibilita dissociar as práticas propriamente socioeducativas das demais (didaticamente divididas embora, na realidade, imbricadas). Isso, de modo que, cada vez mais, o campo judiciário não se utilize da escolha dos direitos a serem exercidos (pelo adolescente) como balança medidora da boa conduta que justifique a desinternação do sistema. Ou seja, em última instância, é uma estratégia que retira do campo de negociação judiciária o direito à saúde³⁵.

Logo, a partir da nova PNAISARI, encontramos uma estratégia (matriciamento da rede junto aos envolvidos dentro da unidade) que pode ser pioneira deflagradora – e, assim, rompedora – de um estado da arte que, definitivamente, vincula o exercício de direitos fundamentais ao processo sancionatório, relação perversa que geralmente serve de fundamentação legal e motivação de uma sanção judicial, diferente da pena do adulto, cuja extinção não está atrelada ao exercício dos direitos. A saúde mental, assim, é o ponto gravitacional que recoloca

³⁵ Exemplificativamente, é explícito o que ocorre com o direito à educação: é determinado o exercício desse direito, e, pior, em escola interna à unidade, normalmente. A determinação é judiciária, costumeiramente expressa na sentença judicial ou tácita, a ser cobrada nos relatórios técnicos que, periodicamente, seguem ao sistema de justiça. A inserção e frequência escolar, de um direito, passa a ser um dever, sob pena de se prolongar a internação socioeducativa.

a PNAISARI, dez anos depois, em outro patamar de intersectorialidade das políticas e desinstitucionalização dos adolescentes.

2.3. Tráfico, trabalho, vulnerabilidades: interações complexas e desafios para a garantia de direitos

Como visto, uma das expressões da lógica penal-sanitarista aplicada aos adolescentes advém da submissão dos critérios de cuidado em saúde aos processos de criminalização desta população em decorrência do consumo/comércio de drogas. A legislação brasileira atual, conhecida como Nova Lei de Drogas, de 2006, trouxe como inovação a desprizionalização e o estabelecimento de sanções penais não privativas de liberdade para o usuário de drogas. No entanto, e como aponta Karam (2008), a mesma lei previu também o endurecimento na punição ao tráfico, estabelecendo aumento das penas e a expansão das condutas criminalizáveis associadas ao comércio de substâncias. Somando-se a isso, a não especificação de quantidades de porte de drogas a configurarem o “traficante” ou o “usuário”, relegou aos agentes policiais o aval para classificar o tipo penal do apreendido (GRILLO et al, 2011), reafirmando a seletividade penal que recai sobre os jovens pobres e periféricos (BATISTA, 2003). Scisleski et al (2013) chamam a atenção a que muitas vezes os adolescentes apreendidos como traficantes são usuários que vendem também pequenas quantidades a fim de obter recursos para consumo próprio.

Ao nos debruçarmos, portanto, sobre a situação de crianças e adolescentes envolvidos no tráfico de drogas, é necessário deslocar o reducionismo que assume tal delito como unicamente fruto de conduta “desviante”, cuja solução se resume à responsabilização individual por meio das medidas socioeducativas. Para os adolescentes, sabemos, é sob a perspectiva do trabalho e geração de renda que incorporam o tráfico como atividade e como esfera de pertencimento e identificação, seja vinculada ao consumo ou não.

Desse ponto de vista, temos um cenário em que as crianças e adolescentes são expostos a diversos tipos de assujeitamentos e violências perpetrados pelos ordenamentos do crime, assim como pelas políticas repressivas de “enfrentamento ao tráfico”. Em apropriação perversa da inimputabilidade que propôs o ECA para esta população, são muitas vezes expostos às situações de maior risco, por não obedecerem aos critérios de responsabilização do sistema penitenciário adulto.

Assim, urge a internalização e discussão em torno da Convenção OIT n. 182/1999³⁶ que inclui o tráfico como prática análoga à escravidão e definida dentre “as piores formas de trabalho infantil”. Entre elas, designa “a utilização, recrutamento ou a oferta de crianças para a realização de atividades ilícitas, em particular a produção e o tráfico de entorpecentes”³⁷ (BRASIL, 2000). O mesmo documento estabelece a obrigação de cada Estado Parte adotar medidas com o fim de “impedir a ocupação das crianças nas piores formas”, “prestar assistência direta necessária e adequada” para retirá-las dessa condição, identificá-las e entrar em contato direto quando inseridas nessa situação, “levar em consideração a situação particular das meninas”, e “assegurar o acesso ao ensino básico” das mesmas retiradas dessa condição (BRASIL, 2000).

Temos, aí, uma carta de direitos que, por consequência, impõe deveres ao Estado Brasileiro, o qual, por sua vez, deve prover ações de evitamento de exposição de crianças e adolescentes ao tráfico de drogas, bem como de proteção e reparação de danos em favor daqueles que já se encontram nessa situação. Vale ressaltar que a saída da condição de exploração da própria força de trabalho se trata de um direito, e não dever, razão pela qual não há como manter, no mesmo adolescente, a figura de infrator da lei pela submissão aos circuitos de exploração de sua mão de obra.

Ocorre que, a despeito de ser signatário da Convenção e de haver alguns programas de prevenção e proteção no âmbito do tráfico de drogas realizado pelo público infanto-adolescente, o sistema de justiça prioriza a escolha de apenas uma condição, a de adolescente infrator. E, com isso, o pacote de repreensões morais e legais. Além de ser uma questão de compatibilização legislativa e normativa, importa, que, no cotidiano, invistamos em processos políticos de ampliação dos direitos também pela via da internalização da norma contida na Convenção, para que invertamos a lógica punitiva por meio de pacote de direitos, e não mais de sanções.

Considerações Finais

Em novembro de 2014, o Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul reconheceu tese de defesa de direitos humanos de adolescentes autores de ato infracional com transtornos mentais, de acordo com os princípios fundamentais contidos na legislação infanto-adolescente

³⁶ Ratificada no Brasil sob o Decreto 3.597/2000

³⁷ Vale lembrar que, no âmbito internacional, a palavra “criança” deve ser atribuída a qualquer pessoa que se encontre entre o nascimento e seus 18 anos de idade, conforme estabelece a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (ONU, 1989).

e sanitária abordada nesse texto³⁸. Alguns foram os argumentos de importante destaque: a) nenhum adolescente pode ter sanção cujo impacto negativo em sua vida seja maior do que o realizado no âmbito penal; b) enquanto a medida de segurança vigora no mundo adulto, como alternativa à pena, na mesma lógica, a medida socioeducativa de internação deve ser substituída por medidas de proteção; c) sob a mesma discursividade judiciária que atribui a causa da prática infracional ao transtorno mental, o disciplinamento e o caráter sancionatório da medida de internação socioeducativa deve ser descartado em favor de respostas estatais que promovam o tratamento.

A aceitação dessa tese pelo tribunal gaúcho coloca fortalece a tendência do Superior Tribunal de Justiça de reconhecer a substituição da internação socioeducativa por modalidade protetiva “em regime ambulatorial”³⁹. Na mesma linha prevê a lei 12.594/12, que dispõe sobre o SINASE, conforme já exposto.

Para irrompermos processos históricos de reificação dos sujeitos crianças e adolescentes indesejados e, com isso, provocarmos fissuras no circuito de institucionalização psiquiatrizante dessa população de *perigosos* e *em perigo*, importam algumas afirmações cotidianas como as apresentadas nesta ação do TJ-RS e nas pistas acima. Apesar das aberturas propiciadas pelas políticas de saúde e pelo sistema de defesa e garantia de direitos de crianças e adolescentes, a sua implementação necessita efetivar-se não apenas no plano das *tecnologias leve-duras*, mas principalmente das *tecnologias leves* (MEHRY, 2002), que põem em jogo o trabalho relacional, cotidiano, de aposta na produção do comum, que se realiza no exercício de colocar lado a lado diferentes posições: a das crianças e adolescentes, a da justiça, a da saúde.

Nesta aposta, é preciso ampliar a margem de responsabilização dos sistemas de justiça e de saúde. Conforme sinaliza Pitch (2003), se decidimos limitar o uso dos mecanismos de segregação, isolamento ou assistência totalizante, uma responsabilidade central por parte dos operadores dos sistemas de justiça e saúde deve ser – além de combater a produção do abandono e da precariedade, assegurando o acesso a direitos – a “assunção consciente do risco de produzir, em alguma medida, insegurança social, ampliando e estendendo os limites de compatibilidade e tolerância do sistema social” (p. 223, tradução nossa).

³⁸ Apelação Cível Nº 70059833038, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Sandra Brisolará Medeiros, Julgado em 04/11/2014).

³⁹ Contexto narrado no documento disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome_c/MANUAL_INFANCIA_rev3.pdf. Acesso em 20.01.14.

Tornando nossa ideia um tanto mais precisa: trata-se de trabalhar com uma concepção menos excludente e mais solidária, de “segurança”, como nos sugere Baratta (1998):

desde o ponto de vista jurídico, mas também, desde o ponto de vista psicológico, seguros podem e deveriam ser, sobretudo, os sujeitos portadores de direitos fundamentais universais (...). Seguros em relação ao desfrute daqueles direitos, frente a qualquer agressão ou não cumprimento realizado por parte de outras pessoas.

A ampliação da segurança de crianças e adolescentes (bem como a de toda a sociedade) passa também pela ampliação do debate em relação às margens do tolerável, ou, mais especificamente, em relação ao quanto saúde e justiça podem levar em conta, como uma questão da vida de crianças e adolescentes, as diferentes relações com a droga. Assim, é somente pela aproximação com as necessidades e demandas singulares e complexas de crianças e adolescentes – de cuidado, de socialização, de responsabilização, de vislumbrar projetos futuros – que se dá a possibilidade de produção de vida e de autonomia.

Texto elaborado em janeiro de 2015.

Referências (ABNT)

- ASSIS, Daniel. A. *Risco social e saúde mental como argumento para o encarceramento de crianças e adolescentes*. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Uniban, 2012.
- BARATTA, Alessandro. *Criminologia crítica e crítica do direito penal*. Rio de Janeiro: Revan, 2002.
- BATISTA, Vera M. *Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro*. 2. ed. Rio de Janeiro: Instituto Carioca de Criminologia, Revan, 2003.
- BENTES, Ana Lucia S. *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, Flavia. *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.
- BRASIL. *Constituição Federal*, 1988.
- BRASIL. *Lei n. 8.069/90*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, 1990.
- BRASIL. *Lei n. 8.080/90*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990.
- BRASIL. *Decreto 3.597/00*. Promulga Convenção 182 e a Recomendação 190 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre a Proibição das Piores Formas de
- Diké, Aracaju, ano IV, vol. I, jan/jul/2015, p.21 a 50, julho/2015|www.dikeprodirufs.br

Trabalho Infantil e a Ação Imediata para sua Eliminação, concluídas em Genebra, em 17 de junho de 1999, 2000.

BRASIL. *Lei 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, 2001.

BRASIL. *Lei 10.406/02*. Institui o Código Civil, 2002.

BRASIL. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. *Lei 11.343/2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências*, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. *Levantamento Nacional do Atendimento Socioeducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei*. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.obscriancaadolescente.org.br/observatorio/pesquisas/index.php?pg=pesquisa&id_submenu=148&id_categoria=2.

BRASIL. *Decreto n. 6.949/09*. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007, 2009a.

BRASIL. *Portaria GM/MS n. 4279/2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010.

BRASIL. *Decreto n. 7508/2011*. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, 2011.

BRASIL, *Lei 12.435/2011*. Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, 2011a.

BRASIL, *Portaria n. 3.088/11*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2011b.

BRASIL. *Lei n. 12.594/12*. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional; e altera as Leis n os 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 7.998, de 11 de janeiro de 1990, 5.537, de 21 de novembro de 1968, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, os Decretos-Leis n os 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei n o 5.452, de 1 o de maio de 1943. 2012.

BRASIL. *Portaria 1.082/14*. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da

- atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade, 2014.
- BRASIL. *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília : Ministério da Saúde, 2014a
- CAMPOS, Marcelo S. *Crime e Congresso Nacional no Brasil pós-1988: uma análise da política criminal aprovada de 1989 a 2006*. Dissertação (Mestrado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP, 2006.
- CAPONI, Sandra. *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.
- CASTEL, Robert. *O que é ser protegido*. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.
- CHAUÍ, Marilena. *Conformismo e resistência da cultura popular no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). *Panorama Nacional das Medidas Socioeducativas de Internação*. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2012.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Relatório da Inspeção Nacional às unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2006.
- CUNDA, M. *As tramas empedradas de uma psicopatologia juvenil*. Dissertação de (Mestrado em Psicologia Social e Institucional), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- DONZELOT, Jacques. *A Polícia das Famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- FRASSETO, F.; JOIA, J. Internações psiquiátricas involuntárias e compulsórias: apontamentos sobre as responsabilidades do sistema de Justiça e do sistema de saúde. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, n. 109, pp. 227-256, jul-ago 2014.
- IORE, Mauricio. *Uso de “drogas”: controvérsias médicas e debate público*. São Paulo: Mercado das Letras, 2006.
- FONSECA, Marcio. *Michel Foucault e o direito*. São Paulo: Max Limonad, 2002.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir. História da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes, 1977.
- _____. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- _____. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- _____. *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- GRAMKOW, Gabriela *Fronteiras psi-jurídicas na gestão da criminalidade juvenil: o caso Unidade Experimental de Saúde*. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.
- GRILLO, Carolina C.; POLICARPO, Frederico; VERISSIMO, Marcos. A “dura” e o “desenrolo”: efeitos práticos da Nova Lei de Drogas no Rio de Janeiro. *Revista de Sociologia e Política*, V. 19, n. 40, pp. 135-148, 2011.

- GUEMUREMAN, Silvia; DAROQUI, Alicia. 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, Wayne 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.
- JOIA, Julia H. *A interface psi-jurídica: estudo de internações de adolescentes por determinação judicial no Hospital Psiquiátrico Pinel: relatório final de pesquisa de Iniciação Científica*. São Paulo: PUC-SP/CEPE, 2006.
- _____. *As tóxicas tramas da abstinência: compulsoriedades nas internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social*. Mestrado (Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica – São Paulo, São Paulo, 2014.
- KARAM, Maria Lucia. A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008.
- KOLKER, Tania. Instituições totais no século XXI. Em: M. Menegat & R. Néri (Orgs.). *Criminologia e Subjetividade* (pp. 109-121). Rio de Janeiro: Lúmen Júris Editora, 2005.
- LEONARDIS, Ota 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.
- LOURAU, René. *René Lourau na UERJ: análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.
- MERHY, Emerson. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- ONU. *Convenção Internacional dos Direitos da Criança (CDC)*, 1989.
- PITCH, Tamar. *Responsabilidades limitadas: actores, conflictos y justicia penal*. Buenos Aires: Ad-Hoc, 2003.
- PRIORE, Mary Del (org). *História da Criança no Brasil*. 5a ed., São Paulo: Contexto, 2006.
- REIS, Carolina. *(Falência familiar)+(Uso de drogas) = risco e periculosidade: a naturalização jurídica e psicológica de jovens com medida de internação compulsória*. Dissertação de Mestrado (Psicologia Social e Institucional), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- RIO JANEIRO. Prefeitura Municipal. *Resolução SMAS n. 20/2011*. Cria e regulamenta o protocolo do serviço especializado em abordagem social, no âmbito das ações da proteção social especial de média complexidade da Secretaria Municipal de Assistência Social, assim como institui os instrumentos a serem utilizados no processo de trabalho, 2011.
- ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via: A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados". In: NICÁCIO, M. F. S. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.
- RUI, Tanieli. *Nas tramas do “crack”*: etnografia da abjeção. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.
- SÃO PAULO, Tribunal de Justiça / Departamento de Execuções da Infância e Juventude. *Sindicância Administrativa 01/02*, 2002.

- SÃO PAULO, Governo do Estado. *Decreto Estadual n. 53.427/2008*. Cria e organiza, na Secretaria da Saúde, a Unidade Experimental de Saúde e dá providências correlatas, 2008.
- SÃO PAULO, Assembléia Legislativa. *Projeto de lei n. 673/11*. 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, 2011.
- SÃO PAULO. 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].
- SCISLESKI, Andrea 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.
- SCISLESKI, Andrea C; SILVA, J.; GALEANO, G.; CAETANO, C.; BRUNO, B. Polícias de Saúde: Quem Tem Medo de Usuários de Drogas? *Revista Polis e Psique*, v. 3, n. 3, pp. 106-124, 2013.
- SEDA, Edson e SEDA, Ed. *A criança, o índio, a cidadania: Estatuto da Criança e do Adolescente comentado para os cidadãos das comunidades urbanas, rurais e indígenas*. Rio de Janeiro: Adês, 2005.
- SEDH/MS. *Levantamento Nacional dos Serviços de Saúde Mental no Atendimento aos Adolescentes Privados de Liberdade e sua Articulação com as Unidades socioeducativas*. Relatório preliminar. Brasília, 2009.
- SILVA, Maria Liduína. *Entre proteção e punição: o controle sociopenal dos adolescentes*. São Paulo: Unifesp, 2011.
- VICENTIN, Maria Cristina G. *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, Maria Cristina G.; ROSA, Miriam 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, Maria Cristina G.; Rosa, Miriam Debieux (2009). Transtorno mental e criminalidade na adolescência: notas para uma análise crítica da patologização do adolescente autor de ato infracional. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, 17 (78), 320-349.

Publicado no dia 12/06/2015
 Recebido no dia 26/07/2014
 Aprovado no dia 29/07/2014