

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP

JULIANE MACEDO MANZINI

**QUEM MERECE SER CUIDADO?**

**A experiência do cuidado junto aos jovens autores de ato infracional**

DOCTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

SÃO PAULO

2020

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP

JULIANE MACEDO MANZINI

**QUEM MERECE SER CUIDADO?**

**A experiência do cuidado junto aos jovens autores de ato infracional**

Tese apresentada a Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia Social, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin.

DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

SÃO PAULO

2020

Manzini, Juliane Macedo

Quem merece ser cuidado? A experiência do cuidado junto aos jovens autores de ato infracional / JulianeMacedo Manzini. -- São Paulo: [s.n.], 2020. 204p ; cm.

Orientador: Maria Cristina Gonçalves Vicentin. Tese (Doutorado em Psicologia Social)-- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, 2020.

1. Saúde Mental. 2. Justiça. 3. Cuidado. 4. Jovem autor de ato infracional. I. Vicentin, Maria Cristina Gonçalves . II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós Graduados em Psicologia Social. III. Título.

CDD

JULIANE MACEDO MANZINI

**QUEM MERECE SER CUIDADO?**

**A experiência do cuidado junto aos jovens autores de ato infracional**

Tese apresentada a Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia Social, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin - PUC-SP

---

---

---

---

---

*A Ana Beatriz pela experiência do cuidado na vida.*

*A Miguel e Clarice pela experiência do cuidado na pesquisa.*

## **AGRADECIMENTO CNPq**

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, pela bolsa concedida, sem a qual não seria possível a realização desta pesquisa.

Processo nº. 140195/2018-1

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## AGRADECIMENTOS

Escrever uma tese em tempos de desencanto: eis o desafio que iniciou essa pesquisa. Seja pelo tema escolhido, seja pelo próprio processo que essa elaboração exigiu. Uma escrita a contagotas de paciência e persistência, que se desenvolveu (a meu ver) lentamente. Escrever uma tese em dias brutos, sem deixar sucumbir ao fascismo que se instala e a tantos outros retrocessos que temos vivenciado cotidianamente. Resistir, desde sempre, acompanhada por pessoas que afetaram minha trajetória e que me ajudaram no meu caminhar.

Eu não poderia ter escrito essa tese sem a companhia, de longe ou de perto, de algumas pessoas.

Agradeço imensamente a minha orientadora, Profa. Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin, por ter me acolhido em seu núcleo de pesquisa logo que cheguei na PUC, por ter me ensinado pelos caminhos da pesquisa a andar sem os pés no chão. Cris, gratidão pela conexão afetiva-militante que não nos deixa esmorecer.

À Profa. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano, à Profa. Dra. Gabriela Gramkow e à Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar, pela leitura cuidadosa e atenta e pelas contribuições valiosas e pertinentes na banca de qualificação que ampliaram meu olhar para o campo do cuidado.

Ao Prof. Dr. Eduardo Dias de Souza Ferreira, por ter aceitado compor essa banca.

Aos meus pais Sérgio e Regina, por manterem sua casa sempre aberta. Por me permitirem o privilégio da tranquilidade, no último ano do doutorado, para dedicar-me exclusivamente à escrita desta tese. E em particular a minha mãe, que me ensinou ser necessária uma força doce para caminhar.

Meu agradecimento mais sincero a esse coletivo de pessoas que pertencem ao Núcleo de Lógicas Institucionais e Coletivas - NUPLIC e que tornaram possível minha trajetória e esta produção. Especialmente às queridas Claudia Trigo, Dayse Bispo, Camila Avarca e ao querido Saulo Tavares da Mota, que acompanharam mais de perto os meandros da pesquisa.

À Marlene Camargo, secretária do Programa de Psicologia Social, gostaria de agradecer pela ajuda prestada e por responder minhas dúvidas com os trâmites burocráticos.

À Gabi e à Carol por manterem a casa cheia com a alegria e os dilemas da juventude.

À Claudineia Quirino que cuidou da minha casa e da minha filha enquanto eu estava no intenso processo de pesquisa.

À minha sogra D. Cida que me acolheu em sua casa nos primeiros meses de doutorado.

À querida amiga Ana Carolina Vilela, sem palavras. Pela amizade incondicional de tantos anos. Por fazer parte da minha vida e por ter sido presença constante nos momentos mais difíceis.

À Lauren Mennocchi, à Ana Carolina Segalla Godoy e à Ana Maria Acunha Corrêa, que me acompanharam nas viagens até São Paulo. Agradeço vocês pelas nossas conversas que foram desde bate papos descontraídos, até reflexões mais profundas embaladas por política, amor, trabalho e pesquisa.

À Rachel Gagliotti Coppola por partilhar os afetos intensos de ser mãe, psicóloga e pesquisadora.

À Ju Meirelles que no último ano do doutorado foi presença marcante, mesmo distante. Por compartilhar comigo as dores e ansiedades de escrever uma tese.

À Carolina Chiabai pela alegria contagiante e por não me fazer esquecer a capixaba que sou.

À Luizane Guedes e Luciana Rocha pelos encontros fortuitos, mas sempre intensos, na terra capixaba.

Agradeço à Carol Bueno, à Carol Pilatti e à Elaine Cristina por terem sido interlocutoras fundamentais nessa trajetória. À D. Cida pelo carinho e gentileza por sempre me oferecer café para suportar o cansaço da pesquisa, e ao Rogério pela disponibilidade em me ajudar a acessar os prontuários.

À Letícia Felipe pelo aprendizado constante e pela sensibilidade ímpar que sempre me afeta.

Um agradecimento especial aos meus antigos, mas sempre presentes, alunos de Psicologia, com quem tanto aprendi nos últimos anos. Principalmente aos estagiários de Psicologia Jurídica que foram uma escuta atenta e questionadora tão importante na minha formação profissional.

E, mais uma vez, agradeço ao meu companheiro de vida Francisco. Não tenho palavras para agradecer o apoio emocional e incondicional e nem sei como descrever a minha profunda gratidão. Em talvez uma das decisões mais difíceis desses últimos anos você esteve presente mais do que nunca, me acalmando nos momentos de angústia e me tirando do caos. E, mesmo distante, continua sendo conforto, aconchego e proteção. Por muitos anos ainda de amor, companheirismo e realizações. “Eu quero a sorte de um amor tranquilo, com sabor de fruta mordida, nós na batida no embalo da rede, matando a sede na saliva. Ser teu pão, ser tua comida, todo o amor que houver nessa vida e algum trocado para dar garantia.”

MANZINI, J.M. **Quem merece ser cuidado?** A experiência do cuidado junto aos jovens autores de ato infracional.

## RESUMO

No cenário das políticas públicas destinadas à adolescência percebemos os impasses produzidos no campo das práticas e saberes, sendo particularmente complexo quando nos deparamos com contextos de intensa vulnerabilidade nos quais o público juvenil, que vive em situação de pobreza e marginalidade, encontra-se também envolvido com o sistema de justiça. Sabemos que tais dificuldades vêm de longa data, especialmente no caso dos jovens autores de ato infracional, assim como os desafios no atendimento entre os distintos serviços destinados a eles. Diante deste contexto, partindo da interface entre a saúde e a justiça, o estudo investiga o cuidado empreendido, na atualidade, no campo da saúde mental juvenil. Para tanto analisa as práticas de cuidado produzidas em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e os efeitos dessa lógica em relação aos jovens autores de ato infracional. Como método de pesquisa, partimos da perspectiva cartográfica que permitiu acompanhar a dimensão processual da realidade na qual os jovens estão inseridos, bem como implicou investigar determinadas paisagens psicossociais que compõem o cotidiano do cuidado. A pesquisa foi desenvolvida no CAPSi localizado em um município de médio porte no estado de São Paulo, a partir da confluência entre os seguintes procedimentos metodológicos: levantamento de prontuários, a fim de investigar a trajetória institucional dos adolescentes que frequentam o serviço; identificação de dados contidos no livro de registro de prontuários; realização de entrevistas com as trabalhadoras que atuam no equipamento de saúde mental, bem como com um jovem e sua responsável legal, além da participação das atividades desenvolvidas na dinâmica de funcionamento do CAPSi. A partir do acompanhamento da trajetória dos adolescentes e mediante as práticas das trabalhadoras, percebe-se que o CAPSi tem ocupado um lugar centralizado no cuidado com os jovens autores de ato infracional, principalmente pela dificuldade na articulação intersetorial, o que interfere no cuidado ofertado pelo serviço, levando à fragilidade da adesão dos jovens ao tratamento. Embora ocorra o contato com outros serviços, percebemos em geral que o cuidado organizado em relação aos jovens infratores se limita a dois setores específicos: a saúde mental e a justiça, eliminando quaisquer pactuações que deveriam ser acordadas por outras instâncias necessárias com o público atendido. Ademais constata-se que os recursos ditos terapêuticos se restringem a uma lógica de cuidado pautada por procedimentos e protocolos, cujo atendimento ocorre no interior do CAPSi. Constata-se que existe certa disponibilidade por parte das profissionais em repensar o próprio fazer, bem como existe o reconhecimento de alguns familiares de pensar o CAPSi enquanto uma alternativa de cuidado possível ao qual se possa recorrer em busca de suporte para suas próprias necessidades e dos filhos atendidos. Entretanto, as condições em que o CAPSi está inserido – sobrecarga de trabalho, práticas burocratizadas atravessadas de boas intenções - tendem a levar a equipe a uma atuação limitada, o que pode comprometer a viabilidade do CAPSi de tornar-se criativo e potente, capaz de gerar transformações visíveis e relevantes na vida dos sujeitos. Em nossa experiência de pesquisa também foi possível ampliar a noção de cuidado, sem restringi-lo ao campo da saúde, enquanto atributo necessário à sobrevivência humana. Nesta concepção, portanto, o cuidado refere-se a uma expressão de apoio social intenso, juntamente com a solidariedade e a disponibilidade para estar junto ao outro, em que o acolhimento, a escuta, o vínculo e a confiança são elementos fundamentais nessa experiência.

Palavras chave: Saúde mental, justiça, cuidado, jovem autor de ato infracional.

MANZINI, J.M. **Quem merece ser cuidado?** A experiência do cuidado junto aos jovens autores de ato infracional.

## ABSTRACT

In the scenario of public policies aimed at adolescence, we have perceived the stalemates in the field of practices and knowledge, being particularly problematic when we face contexts of intense vulnerability in which the young people who live in poverty and marginality are also involved with the criminal justice system. We know that such difficulties come from a long time, especially in the case of young offenders, as well as the challenges in the care provided among the different services intended for them. Given this context, starting from the interface between health and justice, this study investigates the care given at this moment to the field of youth mental health. To this end, it analyzes the care practices in a Children and Young Psychosocial Care Center (CAPSi) and the effects of this logic in relation to young offenders. As a research method, we started from the cartographic perspective that allowed us to follow the procedural dimension of the reality in which young people are inserted, as well as to investigate certain psychosocial landscapes that make up the daily care. The research was developed at CAPSi located in a medium-sized municipality in the state of São Paulo, from the confluence among the following methodological procedures: survey of medical records in order to investigate the institutional path of adolescents attending the service; identification of data contained in the medical record book; interviews with employees who work in the mental health area and with a young person and his legal guardian, as well as the participation in the activities developed in CAPSi operating dynamics. From the follow-up of the adolescents' path, and through the workers' practices, it is clear that CAPSi has played a central role in the care of young offenders, mainly due to the difficulty in intersectoral articulation, which interferes in the care offered, leading to fragility in the adherence to the treatment. Although there is contact with other services, we generally realize that the organized care towards young offenders is limited to two specific sectors: mental health and justice, eliminating any agreements that should be made by other necessary instances with the population attended. Moreover, it is noted that the so-called therapeutic resources are restricted to a logic of care based on procedures and protocols, whose service is given at CAPSi. We perceived that there is some willingness by the professionals to rethink their own activities, as well as a recognition by some family members to think CAPSi as a possible care alternative in which to seek support for their own needs and the needs of the children attended. However, the conditions in which CAPSi is inserted - work overload, bureaucratized practices crossed with good intentions - tend to lead the team to a limited action, which may compromise CAPSi's viability to become creative and powerful, capable of generating visible and relevant transformations in people's lives. In our research experience, it was also possible to expand the notion of care, without restricting it to the health field, as a necessary attribute of human survival. In this conception, therefore, care refers to an expression of intense social support, together with solidarity and willingness to be together, in which reception, listening, bonding and trust are fundamental elements in this experience.

Keywords: Mental health, justice, care, young offender.

MANZINI, J.M. **Quem merece ser cuidado?** A experiência do cuidado junto aos jovens autores de ato infracional.

## RESUMEN

En el escenario de políticas públicas dirigidas a la adolescencia, percibimos los impases producidos en el campo de las prácticas y el conocimiento, que son particularmente complejos cuando enfrentamos contextos de intensa vulnerabilidad en los que el público juvenil, que vive en la pobreza y la marginalidad, también está involucrado con el sistema de justicia. Sabemos que tales dificultades provienen de mucho tiempo, especialmente en el caso de los adolescentes infractores de ley, así como los desafíos en la atención brindada entre los diferentes servicios destinados a ellos. Ante esto contexto, a partir de la interfaz entre salud y justicia, este estudio investiga la atención que se lleva a cabo actualmente en el campo de la salud mental de los jóvenes. Con este fin, se analizan las prácticas de atención producidas en un Centro de Atención Psicosocial Infantil (CAPSi) y los efectos de esta lógica en relación con los adolescentes infractores de ley. Como método de investigación, partimos de la perspectiva cartográfica que nos permitió seguir la dimensión procesal de la realidad en la que se insertan los jóvenes, así como investigar ciertos paisajes psicosociales que conforman la atención diaria. La investigación se desarrolló en un CAPSi, ubicado en un municipio de tamaño mediano en el estado de São Paulo, a partir de la confluencia entre los siguientes procedimientos metodológicos: encuesta de registros médicos para investigar la trayectoria institucional de los adolescentes que asisten al servicio; identificación de datos contenidos en el libro de registros médicos; entrevistas con trabajadores de equipos de salud mental, así como con un joven y su tutor legal, y la participación en actividades desarrolladas en la dinámica del funcionamiento de CAPSi. Desde el seguimiento de la trayectoria de los adolescentes y a través de las prácticas de los trabajadores, está claro que CAPSi ha ocupado un lugar central en la atención de los adolescentes infractores de ley, principalmente debido a la dificultad en la articulación intersectorial, que interfiere en la atención ofrecida y conduce a la fragilidad en la adherencia al tratamiento. Aunque hay contacto con otros servicios, generalmente nos damos cuenta de que la atención organizada hacia los adolescentes infractores de ley se limita a dos sectores específicos: salud mental y justicia, eliminando cualquier acuerdo que deba ser logrado por otras instancias necesarias con el público atendido. Además, se observa que los llamados recursos terapéuticos están restringidos a una lógica de atención basada en procedimientos y protocolos, cuya atención se produce dentro del CAPSi. Se constata que los profesionales están dispuestos a repensar sus propias acciones, y algunos miembros de la familia reconocen que piensan en CAPSi como una posible alternativa de atención para buscar apoyo para sus propias necesidades y las necesidades de sus niños atendidos. Sin embargo, las condiciones en las que se encuentra el CAPSi (sobrecarga de trabajo, prácticas burocratizadas cruzadas con buenas intenciones) tienden a llevar al equipo a una acción limitada, lo que puede comprometer la viabilidad de CAPSi para ser creativo y poderoso, capaz de generar transformaciones visibles y relevantes en la vida de los sujetos. En nuestra experiencia de investigación, también fue posible ampliar la noción de atención, sin restringirla al campo de la salud, como un atributo necesario de la supervivencia humana. En esta concepción, por lo tanto, el cuidado se refiere a una expresión de apoyo social intenso, junto con la solidaridad y la voluntad de estar juntos, en la que la bienvenida, la escucha, el vínculo y la confianza son elementos fundamentales en esta experiencia.

Palabras clave: salud mental, justicia, atención, adolescentes infractores de ley.

## **LISTA DE SIGLAS**

AA – Alcoólicos Anônimos

AMA – Assistência Médica Ambulatorial

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CEDECA – Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente

CIJ – Coordenadoria da Infância e da Juventude

CMDCA – Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente

COMUS – Conselho Municipal de Saúde

CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

CT – Comunidades Terapêuticas

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EPM – Escola Paulista de Magistratura

ESF – Estratégia Saúde da Família

FASE-RS – Fundação de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul

FEBEM – Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor

Fundação CASA-SP – Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente de São Paulo

IMESC – Instituto de Medicina Social e Criminologia

LA – Liberdade Assistida

MPC – Modelo Pedagógico Contextualizado

NA – Narcóticos Anônimos

ONG – Organização Não Governamental

PIA – Plano Individual de Atendimento

PNAD – Política Nacional Anti-Drogas

PNAISARI – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSC – Prestação de Serviço à Comunidade

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

SEPPIR – Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SNJ – Secretaria Nacional da Juventude

TJSP – Tribunal de Justiça de São Paulo

UES – Unidade Experimental de Saúde

UIP – Unidade de Internação Provisória

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIS – Unidade de Integração Socioeducativa

UPA – Unidades de Pronto Atendimento

USEs – Unidades Socioeducativas

## SUMÁRIO

<b>PREÂMBULO.....</b>	<b>15</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>15</b>
<b>Abertura para um campo problemático .....</b>	<b>19</b>
<b>Desassossegos e afetos de uma pesquisa: reflexões teórico-metodológicas .....</b>	<b>31</b>
A estratégia documental.....	42
A estratégia de depoimentos orais .....	44
A estratégia do jovem usuário guia como caso traçador do cuidado.....	46
Organização dos Capítulos .....	48
<b>1. VASCULHANDO O ARQUIVO DO CAPSi .....</b>	<b>50</b>
<b>1.1 Embarço 1: A patologização do jovem autor de ato infracional .....</b>	<b>58</b>
<b>1.2 Entre a saúde e a justiça, o que pode nossa vã filosofia? .....</b>	<b>62</b>
<b>1.3 Algumas questões sobre um antigo tema: o uso de drogas .....</b>	<b>68</b>
1.3.1 Um sobrevoo sobre as internações psiquiátricas de crianças e adolescentes que fazem uso de drogas .....	73
<b>1.4 O que dizem os prontuários do CAPSi a respeito dos autores de ato infracional usuários de drogas?.....</b>	<b>78</b>
1.4.1 Deixar arquivar, deixar morrer .....	84
<b>2. DA ARTE DE VIVER E ESCREVER A EXPERIÊNCIA DO CUIDADO.....</b>	<b>86</b>
<b>2.1 A Trajetória do jovem Miguel .....</b>	<b>88</b>
2.1.1 A construção do vínculo na experiência do cuidado .....	93
<b>2.2 O caso traça a dor: “avesso do avesso do avesso” .....</b>	<b>99</b>
2.2.1 Minha mãe sempre costurou a vida com fios de ferro .....	111
<b>2.3 Sempre haverá pedras, no meio de todo caminho .....</b>	<b>115</b>

<b>3. PELAS FRESTAS DO QUE SE CHAMA DE CUIDADO.....</b>	<b>125</b>
<b>3.1 Juventude, pobreza, criminalidade e drogas: relações indissociáveis?.....</b>	<b>126</b>
3.1.1 Conjuntura política e as mudanças no cenário brasileiro no campo das drogas.....	130
3.1.2 Vigiar e cuidar: vidas que não importam.....	131
<b>3.2 O grupo Altos Papos e o que dele reverbera .....</b>	<b>136</b>
<b>3.3 A experiência do cuidado no grupo Altos Papos.....</b>	<b>143</b>
<b>3.4 Embarço 2: Acolhida e oferta de trabalho no CAPSi.....</b>	<b>145</b>
<b>3.5 Embarço 3: Articulação em rede intersetorial.....</b>	<b>152</b>
<b>4. DO CUIDADO QUE ESCAPA E DE ONDE SE ENLAÇA.....</b>	<b>159</b>
4.1 Novos contornos para a saúde mental: revisitando o cuidado infantojuvenil.....	160
4.2 O lugar do cuidado no CAPSi.....	170
4.3 Entre a necessidade de cuidar e a urgência de pesquisar.....	178
4.4 Afinal, de que cuidado estamos falando?.....	183
4.5 Nem todo fim precisa ser um ponto final.....	188
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>192</b>
<b>ANEXOS – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>201</b>

“Antes de voltar à faculdade, eu sabia que eu não queria ser uma intelectual, gastando toda a minha vida em livros e bibliotecas sem saber o que diabos está acontecendo nas ruas. Teoria sem prática é tão incompleta quanto prática sem teoria. Ambas precisam andar juntas.”

SHAKUR, Assata. **Frases e citações**. Disponível em:  
<<https://assatashakurpor.wordpress.com/frases-e-citacoes/>>

## PREÂMBULO

### Introdução

De frente à tela do computador, resgato certas lembranças da minha passagem enquanto psicóloga da Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (Fundação CASA), nomenclatura utilizada em substituição à antiga Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FEBEM). A experiência ainda me acompanha, apesar do curto espaço de tempo<sup>1</sup>, trazendo na memória a cena do cárcere. Na tentativa de reviver uma memória longínqua, mas não esquecida, lembro-me do discurso de boas-vindas da ex-presidenta da Fundação aos novos funcionários de uma unidade no interior do estado de São Paulo, que, após a participação no processo seletivo, estavam naquele momento assumindo um cargo na estrutura organizacional do espaço de internação.

Abril de 2008. A proposta de gerenciamento das novas unidades da Fundação CASA era o sistema de gestão compartilhada. Dito de maneira prática, era um modelo de cogestão que funcionava da seguinte forma: uma entidade da sociedade civil compartilhava da administração da unidade de internação juntamente com a Fundação, cabendo à primeira o atendimento socioeducativo dos jovens; já a Fundação possuía a responsabilidade pela direção e segurança. Para que pudesse ser selecionada no processo de redimensionamento da gestão, tal entidade deveria ser cadastrada no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), além de privilegiar projetos que envolvessem ações com adolescentes. A organização não governamental que atuou como parceira na administração da referida unidade do interior foi o Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente – CEDECA “Jair Jesuíno Trindade”, no qual fui contratada como psicóloga, para atuar na área psicossocial. O convênio também previa a contratação de diversas categorias profissionais na área de saúde, na educação e no setor administrativo, para prestar atendimento aos adolescentes na unidade. Na CASA citada, a entidade escolhida para atuar no modelo de gestão compartilhada possuía sede em outro município, contrariando os critérios do edital de chamamento público, tendo em vista que a proposta de parceria era com instituições que atuavam no município de origem no qual a unidade seria instalada. Nesse caso, o CEDECA localizado no município vizinho foi selecionado já que nenhuma organização da sociedade civil pertencente à cidade na qual a Fundação CASA foi construída mostrou-se interessada na celebração do convênio. Parceria no

---

<sup>1</sup> Durante o mês de abril de 2008, participei do processo de capacitação para os novos funcionários de uma unidade de internação no interior paulista.

mínimo paradoxal. Sabe-se que historicamente a origem dos CEDECAs está intrinsecamente articulada com o campo da defesa dos direitos infantojuvenis, focando sua atuação para aqueles que são considerados autores de atos infracionais. Feltran (2008), no estudo sobre a relação entre as periferias de São Paulo e a política, traz à cena a emergência dos CEDECAs e, mais especificamente, a origem do CEDECA Sapopemba, localizado na zona leste da capital paulista. Ao longo dos anos 1990, a partir da implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), os CEDECAs passaram a ser instâncias fundamentais entre a proteção jurídico-social e a garantia dos direitos formais na esfera pública, tendendo à especialização na questão dos adolescentes autores de ato infracional. Os primeiros e principais Centros de Defesa surgiram nos anos de 1991 e 1992, sendo marcados tanto pela atuação de profissionais especialistas quanto por lideranças provenientes dos movimentos sociais urbanos e, portanto, pautados pela teologia da libertação, pelo sindicalismo e pelo marxismo. Seguindo trajetória institucional parecida com os demais centros, o CEDECA “Jair Jesuíno Trindade”<sup>2</sup> surgiu em meados de 1996, a partir da Filosofia da Pastoral do Menor, que tem como proposta a promoção e defesa da vida de crianças e adolescentes pobres considerados em situação de risco “pessoal” e “social”, que tiveram desrespeitados seus direitos fundamentais. O nome “Jair Jesuíno Trindade” refere-se a um jovem de 17 anos, atendido no CEDECA, assassinado por policiais militares, após confronto, mesmo tendo entregado sua arma. Segundo testemunhas, Jair não estava muito ferido, mas foi colocado na viatura da polícia, chegando morto ao hospital. O caso foi acompanhado pela Pastoral do Menor da cidade, vindo os autores a serem submetidos a júri popular e condenados pelo caso.

É neste ponto da trajetória que sou atravessada pelo primeiro questionamento: como o CEDECA, uma instância de defesa dos direitos de jovens, torna-se parceira de uma unidade de internação e confinamento como a Fundação CASA? Como resposta fiquei sabendo, anos mais tarde, que essa seria a alternativa viável para conter a dificuldade financeira que atravessava o CEDECA, logo os dirigentes da entidade decidiram aceitar a proposta de cogestão, recebendo recursos financeiros do governo do estado. Neste contexto, Feltran (2008) nos oferece pistas para pensar sobre as linhas de financiamento público destinadas às organizações sociais, como no caso dos CEDECAs. Com a descentralização política administrativa proposta pela reforma do Estado, a partir da segunda metade da década de 1990, passou a ser mais amplamente adotado o modelo de convênios com organizações da sociedade civil, para realizar a prestação

---

<sup>2</sup> Agradeço a Célia Souza Vieira pela lembrança-viva da história institucional do CEDECA “Jair Jesuíno Trindade”.

de vários serviços públicos. Como forma de priorizar a manutenção e a própria existência das organizações, a tendência foi diversificar os projetos de atendimento, para que pudessem ser flexíveis às mudanças frequentes nas linhas de financiamento. O Estado e o terceiro setor estariam no centro da formulação das políticas sociais, tendo o conjunto das entidades sociais, denominado rede conveniada, a função de realizar a execução de atendimento das políticas sociais, segundo seus públicos-alvo específicos. Em suma, o próprio CEDECA-Sapopemba já havia celebrado um convênio em 1998, em parceria com a FEBEM-SP, a fim de acompanhar os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em liberdade assistida. Contudo, devido às divergências quanto ao desenho de atendimento proposto pelo governo estadual, o convênio foi rompido pelo CEDECA. Optar pela busca de fundos públicos significa aprender a negociar os convênios com as diversas secretarias nos níveis municipal, estadual e federal; tal negociação, como nos adverte Feltran (2008), envolve disputas de poder que obedecem a lógicas distintas, como exemplo, nas situações nas quais as entidades passam a executar projetos definidos nos editais de convênio, ao mesmo tempo em que se distanciam das pautas reivindicatórias de promoção de direitos.

Entre as cenas desse universo institucional, outros impasses foram sendo desdobrados. Como parte do modo de gerir compartilhado entre a Fundação e o CEDECA, os profissionais contratados pela entidade, juntamente com os agentes socioeducativos da unidade de internação, passaram por um exaustivo processo de capacitação que durou aproximadamente um mês. A proposta era que houvesse a possibilidade de interação entre funcionários antigos e novos, antes da entrada na Fundação CASA.

Rigidez, intolerância e moral produzidos pelos agentes misturavam-se à atmosfera sufocante da capacitação. Experimentávamos ruidosamente mesclar direitos, utopias e esperanças em um mesmo projeto com os adolescentes. Para os agentes da Fundação, nossas ideias não eram bem-vindas. Éramos vistos como um bando ingênuo e nossos modos de pensar desapareceriam rapidamente. Era apenas uma questão de tempo.

Durante o processo de capacitação, ouvíamos frases de deboche, muitas vezes fomos coagidos, mas prosseguíamos. Pouco a pouco, com o convívio diário, a aproximação se fez necessária. A partir daí, a linha divisória que atravessava os agentes socioeducativos e os funcionários do CEDECA se esvaneceu. Sem perceber, éramos atados uns aos outros, presos a referências de disciplina e regras de convívio. No meio da capacitação, com as atividades das tarefas coletivas desenvolvida pelas equipes, temas como responsabilidade individual e

colaboração pessoal foram travestidos em um eficaz pacto de convivência. Aquilo me deixava inquieta. Um cheiro autoritário convivia harmonicamente junto aos rumores tímidos de perplexidade sobre a direção a qual tomava o grupo. Juntos e misturados. Olhando de perto ou de longe, éramos transformados em agentes auxiliares da manutenção da disciplina e da ordem.

As temáticas sobre resiliência e protagonismo juvenil se imiscuíam no discurso do Modelo Pedagógico Contextualizado (MPC)<sup>3</sup>. A proposta do MPC apoiava-se em dois eixos principais. De um lado, por meio da inclusão do adolescente interno no contexto familiar e sociocomunitário, através de uma equipe de articulação social que buscava inseri-lo em cursos profissionalizantes ministrados por organizações do terceiro setor. Por outro lado, pela progressão no programa de cinco etapas de desenvolvimento no cumprimento da medida socioeducativa, caracterizado pelas respectivas fases: motivação, reconhecimento, aprofundamento, projetos de vida e integração social ou república. Mais do que um instrumento de “integração e proteção”, o MPC propunha o autogerenciamento da vida, restando ao adolescente modular a sua própria conduta alinhada aos novos tempos de controle e confinamento. A capacitação prosseguia, tornando difícil estar naquele lugar onde as contradições pululavam a cada dia.

Ao final de um mês, estava preparada para adentrar a CASA. Enquanto entrava com as portas de ferro fechando uma a uma, era rigorosamente submetida aos procedimentos de segurança tão veementemente transmitidos durante o período de capacitação. O mundo lá fora com seus contrastes ia desaparecendo. Sentia nos rostos, nas conversas, nos olhares, em todo o território gradeado, um misto de desencantamento, mas de renovada esperança. Neste dia, comecei a indagar sobre minha saída da Fundação. Era melhor arriscar-me a novas empreitadas do que tornar a enfrentar a armadilha da qual tentava naquele momento escapar. Acreditando na possibilidade de atuação na saúde mental, desisti temporariamente do trabalho no sistema de justiça juvenil. Os jovens estavam chegando por uma porta e eu saindo pela outra.

---

<sup>3</sup> A implantação do MPC na Fundação CASA se confunde com o processo de descentralização das unidades de internação desencadeada pelo governo do estado de São Paulo, a partir de 2006. O MPC foi criado pelo ex-padre colombiano Gerardo Bohórquez Mondragón. Com o discurso de que o Modelo Pedagógico Contextualizado nasceu no pátio de uma unidade socioeducativa, Gerardo gostava de afirmar, durante a capacitação, que o MPC não era uma teoria, mas uma prática socioeducativa que levaria à reflexão dos adolescentes sobre os atos praticados, como meio de estabelecer um novo projeto de vida (SANTOS, 2009, p. 10). Anos mais tarde, acompanhei a repercussão do envolvimento de Gerardo nos noticiários do estado do Espírito Santo na Operação Pixote, que investigava denúncias de superfaturamento de contratos e convênios de prestação de serviços nas unidades de internação.

## Abertura para um campo problemático

(...) E é inútil procurar encurtar caminho e querer começar já sabendo que a voz diz pouco, já começando por ser despesoal. Pois existe a trajetória, e a trajetória não é apenas um modo de ir. A trajetória somos nós mesmos. Em matéria de viver, nunca se pode chegar antes. A via-crúcis não é um descaminho, é a passagem única, não se chega senão através dela e com ela. A insistência é o nosso esforço, a desistência é o prêmio. A este só se chega quando se experimentou o poder de construir, e, apesar do gosto de poder, prefere-se a desistência. A desistência tem que ser uma escolha. Desistir é a escolha mais sagrada de uma vida. Desistir é o verdadeiro instante humano. E só esta é a glória própria de minha condição. (LISPECTOR, 1998. p. 113).

A temática do adolescente autor de ato infracional<sup>4</sup> sempre me instigou desde a minha brevíssima passagem pela Fundação CASA. Aliás, ao reconstruir minha caminhada, posso rememorar-la com mais serenidade e arrisco-me a dizer que tal interesse emergiu quando, no ano de 2005, decidi residir no estado de São Paulo. Afinal, eu costumava associar a seguinte questão: morar em terras paulistas seria equivalente a adentrar o universo da justiça juvenil. Equação permeada de sentido, já que, dentro e fora do estado, a história da juventude dita infratora, que cumpria medida socioeducativa de internação na Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor (FEBEM), foi amplamente divulgada na mídia nacional e internacional com notícias sobre as sistemáticas violações de direitos: fugas, rebeliões, torturas, maus-tratos, estrutura ineficiente, precário atendimento de saúde, psicossocial e jurídico, além da tão conhecida superlotação, levando em 1999 à completa destruição do Complexo Imigrantes, “numa das maiores e piores rebeliões da história da instituição”<sup>5</sup>. Desde então, colecionava uma série de reportagens sobre a FEBEM e pude tomar conhecimento, mesmo distante, sobre o processo de transição institucional, a partir do Projeto de Lei nº 12.469/06, aprovado pela Assembleia Legislativa de São Paulo, que teve como objetivo primeiro alterar a denominação da Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor (FEBEM) para Fundação Centro de

<sup>4</sup> De acordo com a Lei Federal 8.069 (BRASIL, 1990), são considerados adolescentes autores de ato infracional as pessoas que possuem de 12 a 18 anos de idade que cometeram um crime ou uma contravenção penal. Conforme Feltran (2008, p. 208), o termo “adolescente autor de ato infracional” tem a vantagem de criar uma fronteira entre o ato e o indivíduo, o que situa mais claramente o foco da repressão legal no ato cometido, e não no indivíduo que o comete.

<sup>5</sup> Com a reportagem “Maior rebelião mata 4 na Febem”, o jornal *Folha de São Paulo* deu grande visibilidade à crise do equipamento de internação, publicando inclusive um caderno especial. No auge da crise, a cobertura do jornal descreveu cronologicamente as sucessivas rebeliões ocorridas no ano de 1999, apresentando números alarmantes: no referido ano, houve mais de 20 motins e a fuga de 2.252 internos. A *Folha de São Paulo* também colocou em evidência os principais problemas da FEBEM: superlotação das unidades em decorrência de internações desnecessárias realizadas pelo poder judiciário, falta de informação dos adolescentes em relação ao andamento de seus processos, bem como o elevado índice de reincidências, que não garantem a ressocialização dos internos, com o retorno à sociedade (*Folha de São Paulo*, 26 de outubro de 1999). Disponível em: <<https://acervo.folha.com.br/leitor.do?numero=14414&keyword=Febem&anchor=643609&origem=busca>>. Acesso em: 23 set. 2018.

Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (Fundação CASA-SP). De fato, trata-se, além da alteração na nomenclatura, da mudança no modelo institucional das entidades que desenvolvem programas de internação, conforme o art. 94 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Estávamos em dezembro de 2006, quando os atendimentos aos adolescentes que cumpriam medidas socioeducativas<sup>6</sup> em regime de internação e semiliberdade passaram a ser responsabilidade do novo “estabelecimento educacional” (BRASIL, 1990). Importante mencionar que nem todos os adolescentes que cometem infração cumprem medidas socioeducativas. Para cumprimento é necessário o devido processo legal estabelecido pelos artigos 110 e 111 do Estatuto da Criança e do Adolescente, cabendo ao juiz da Vara da Infância e Juventude aplicar a medida socioeducativa, levando em conta a capacidade do adolescente de cumpri-la, bem como a gravidade e as circunstâncias da infração. Como parte dessa transformação, a proposta da Fundação CASA previa atividades por meio da educação formal, educação profissional, esportes e oficinas de arte e cultura. Fora dos muros institucionais, foi possível acompanhar o amplo processo de descentralização com a proposta de desativação dos grandes complexos (como o Complexo Tatuapé e o Imigrantes; ainda hoje permanecem em pleno funcionamento as unidades do Brás, Franco da Rocha, Vila Maria e Raposo Tavares) e a construção de novos prédios-padrões, principalmente no interior do estado. O programa ainda previa o atendimento de um número reduzido de adolescentes: no início eram 40 jovens em internação (em conformidade com a resolução do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA nº46/96, que regulamenta que, nas unidades de internação, será atendido um número de adolescentes não superior a 40) e 16 em internação provisória (BRASIL, 1996). Porém, como bem se sabe, o número de adolescentes dentro da Fundação CASA vem aumentando a cada ano. Em 2016, ao realizar uma visita na CASA Tamoios, conhecida como a maior CASA do Vale do Paraíba, pude constatar que a unidade duplicou o número de adolescentes, totalizando naquele ano 96 internos, mas podendo comportar até 115 autores de ato infracional. Um dado que nos permite verificar essa relação é o estudo sobre o mapa do encarceramento da juventude brasileira publicado pelo Plano Juventude Viva, em parceria com a Secretaria Nacional da Juventude (SNJ), Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), e pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), que aponta que, entre os anos de 2011 e 2012, a região Sudeste, em relação à média

---

<sup>6</sup> O ECA estabelece as seguintes medidas socioeducativas, que são executadas em meio aberto (advertência; obrigação em reparar o dano; prestação de serviços à comunidade; liberdade assistida) e aquelas de privação de liberdade (semiliberdade e internação em estabelecimento educacional). Já as chamadas medidas de proteção são aplicadas em caso de ato infracional cometido por criança, ou submetidas cumulativamente a uma medida socioeducativa, no caso dos adolescentes.

nacional, apresentou maior taxa de adolescentes cumprindo medida restritiva de liberdade (internação, internação provisória e semiliberdade), sobretudo nos estados de São Paulo e Espírito Santo. Quando se observa cada uma das medidas em separado, continua em destaque o estado de São Paulo, que possui a maior taxa de internação da região (BRASIL, 2015).

Assim, antes de participar do processo seletivo na Fundação, meu conhecimento sobre o estabelecimento socioeducativo paulista restringia-se às notícias veiculadas na mídia. Aos poucos, acompanhei a construção de uma unidade no interior, às margens da Rodovia Presidente Dutra. Não posso avançar sem que emende minha curiosidade acerca daquela construção. De longe era possível observar mudanças significativas no novo modelo institucional: o telhado, considerado local estratégico nas rebeliões da antiga FEBEM, espaço nos quais os motins podiam ser vistos e ouvidos e onde as reivindicações eram negociadas, fora substituído por uma arquitetura coberta envolta de grades. De agora em diante, os adolescentes não teriam mais acesso ao telhado e, caso ocorresse uma rebelião, seriam contidos no pátio interno. Mas foi durante a capacitação entre os antigos funcionários e o “pessoal da ONG” que pude ter pistas sobre o que estava por vir no modo de funcionamento do cárcere juvenil. Para além de qualquer mudança estrutural e semântica, a lógica permaneceu a mesma no que se refere à atuação dos agentes de segurança, rebatizados de agentes socioeducativos. No período em que permaneci na capacitação, pude cotidianamente testemunhar as falas de coação, violência e repressão atravessadas nos discursos-práticas dos antigos funcionários do cárcere, tanto em relação às pessoas que iriam trabalhar lá quanto às que iriam cumprir medida. Contudo, conforme os acontecimentos iam se sucedendo, fui me deparando com muitas situações que me afetavam. Perante a face autoritária das narrativas, impressões e sensações foram transformadas em medo e impotência. É preciso saber quando os ventos voltarão a soprar com força – e em qual direção. Para mim, o lugar era errado e a saída imediata. Ao mesmo tempo em que participava da capacitação de “boas-vindas” da Fundação CASA, também concorria ao cargo de psicóloga em um ambulatório de saúde mental<sup>7</sup> infantojuvenil na cidade vizinha. Como forma de garantir minha sobrevivência, acabei optando pela vaga na saúde mental. Entretanto, preciso admitir que fiquei por algum tempo com gosto de ressaca por ter

---

<sup>7</sup> Os ambulatórios de saúde mental funcionam sob a normatização da portaria do Departamento de Programas de Saúde, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde - PT MS/SNAS n°. 224 de 1992 (BRASIL, 1992). Apesar de quase todas as diretrizes já terem sido superadas por outras portarias, a “nova” Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2017) fortalece a implantação dos ambulatórios especializados, com a proposta de criação de equipes de assistência multiprofissional em saúde mental de média complexidade. O retorno da lógica ambulatorial desconstrói a lógica do cuidado em rede intersetorial, pautado pelos princípios de acolhimento, vínculo e responsabilização dos sujeitos acompanhados pela equipe da atenção básica, em parceria com os serviços de saúde mental no território.

desistido do trabalho na Fundação CASA, apesar de ter certeza de que não coadunava com o modelo repressivo-punitivo daquela dinâmica institucional. Maria Cristina Vicentin, ao discorrer sobre as rebeliões protagonizadas pelos internos nas chamadas instituições de “bem-estar do menor”, especialmente nos anos de 1999 e 2000, atentando para a inserção dos trabalhadores no cotidiano de tais espaços, nos fornece um retrato ilustrativo sobre a sua própria atuação como psicóloga na FEBEM-SP:

É impossível passar pela Febem (e também por tantas outras instituições letais, como os manicômios, ou outros territórios da exclusão) sem que nos posicionemos ética e politicamente de modo muito intenso. De certo modo, desde o meu primeiro contato com a Febem-SP, não parei de experimentar uma necessidade de rebelião: rebelião quanto aos saberes, principalmente os psi, predominantes nesta área, que só faziam patologizar ao infinito os jovens em conflito com a lei (e, por extensão, todos os adolescentes), rebelião quanto às práticas institucionais de controle e esmagamento de toda expressão de dissidência, de desobediência ou de diversidade. (VICENTIN, 2005, p. 20).

Naquele momento, acredito que pingos de rebelião tocaram minha mente e coração, fazendo-me desistir da trajetória profissional na Fundação CASA. Pelo menos temporariamente, meu encontro com os adolescentes autores de ato infracional não aconteceria ali.

De certo modo, essa primeira “trajetória-desistência” marcou minha entrada no campo da saúde mental infantojuvenil. A partir de então, um novo trabalho se colocou no contato com crianças, adolescentes e responsáveis. Trabalho árduo no sentido de criar fissuras contra a lógica manicomial – que ainda se perpetua no cotidiano de certos serviços. A recepção com cadeiras e paredes coloridas chocava com o branco do jaleco que se tornou vestimenta obrigatória para os que trabalhavam no equipamento. Com certa frequência, os usuários recusavam-se a adentrar o ambulatório. Diziam que não eram loucos! Também, pudera: a mesma entidade filantrópica que gerenciava o serviço era responsável por administrar um famoso hospital psiquiátrico da cidade. Devido à lacuna histórica marcada pela ausência quase absoluta de equipamentos de saúde mental voltados especificamente para crianças e adolescentes, o ambulatório implantado foi criado para suprir as necessidades da gestão municipal e, por conseguinte, prestar atendimento ao público infantojuvenil com transtornos psíquicos de menor gravidade. Logo ficou evidente que ocupávamos um papel complementar na rede de atenção à saúde mental, particularmente em relação ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). O fato é que o CAPSi, ao ocupar um lugar de centralidade (equivocadamente) na rede territorial, se limitava a realizar a triagem burocrática dos casos com demanda para o ambulatório e, com isso, os usuários e responsáveis narravam sua queixa pelo

menos mais de uma vez no processo de assistência à saúde. Portanto, o ambulatório não era um serviço de portas abertas, mas servia como porta de entrada para os casos selecionados e encaminhados pelo CAPSi. Apesar de o serviço em regime ambulatorial não priorizar as consultas individuais de psiquiatria e de psicologia, pois tinha como proposta os atendimentos grupais e as oficinas terapêuticas, a referência ao modelo ambulatorial clássico prevalecia, apresentando assim um modo de funcionamento pouco articulado no que se refere à rede de atenção à saúde e a outros equipamentos da infância, além das imensas listas de espera. Interessante que, até o ano de 2018, o ambulatório ainda permaneceu em funcionamento, mesmo com a oficialização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria ministerial nº 3.088, que concretizava a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2011). Tal portaria, em seu artigo 5º, elenca os seguintes componentes que compõem a RAPS: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar e as Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Dentro de cada um destes componentes, são listados serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), responsáveis por ofertar assistência aos sujeitos em sofrimento psíquico. No que concerne aos componentes que fazem parte da RAPS, a legislação não faz menção ao ambulatório especializado em saúde mental, nem mesmo no que diz respeito à distribuição de verbas para este local. Contudo, como já foi ressaltado, a Portaria ministerial nº 3.088/2011 foi alterada pela Portaria nº 3588/2017, fortalecendo a implantação dos ambulatórios (BRASIL, 2017).

Entretanto, ainda não seria dessa vez que teria contato com os jovens oriundos do sistema socioeducativo. Um ano e meio após o trabalho no ambulatório, passei em um concurso público como psicóloga em outra cidade, já sendo alocada em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). No período em que permaneci no equipamento, já que era certa minha transferência para o CAPSi devido à experiência profissional com crianças e adolescentes, pude experienciar poucos atendimentos com os jovens autores de ato infracional provenientes da Fundação CASA, tendo em vista que o CAPSi recentemente inaugurado ainda não realizava o acolhimento de adolescentes que faziam uso de drogas. Aliás, o questionamento sobre qual serviço deveria atender certos segmentos de usuários de drogas já sinalizava um tensionamento, configurando como campo particularmente complexo no caso daqueles que eram obrigados a frequentar ou o CAPSad ou posteriormente o CAPSi, tornando o tratamento uma extensão da medida socioeducativa.

Em meados de 2011, fui transferida para o CAPSi, atuando como psicóloga até 2014. Foi nesse serviço que tive uma proximidade mais efetiva com os adolescentes que cometeram os chamados atos infracionais. Diga-se de passagem que os jovens eram encaminhados pela Fundação CASA, recém-inaugurada no ano de 2010, e por uma entidade filantrópica que desenvolvia o programa de prestação de serviço à comunidade (PSC) e liberdade assistida (LA). A demanda que vinha do sistema de justiça, oriunda principalmente dos programas de medidas socioeducativas, revelava usuários já marcados por nomeações, fazendo com que fossem considerados ao mesmo tempo “doentes” e “delinquentes”. Por sua vez, o discurso em torno da saúde mental reforçava tais categorias, reduzindo-as às classificações patológicas e segregativas.

Estão presos. Como escutá-los? Entre regras rígidas, linguagem institucionalizada e vigilância constante, os adolescentes conscientes do drama da vida às vezes contavam suas histórias. Abandono de cuidado, envolvimento com a criminalidade, uso e abuso de drogas, contato direto com múltiplas violências faziam parte do contexto ao qual eram submetidos. Noutro momento, o drama associado à trama da vida produzia um discurso invertido e os jovens falavam aquilo que queríamos escutar. *“De boa, na paz, quero ficar na paz, senhora!”*, *“Não quero isso mais para a minha vida!”*, *“Quero terminar minha escola. Arrumar um emprego”*. Os discursos, contudo, não se enquadram como universais.

Por vezes era possível perceber que os adolescentes mantinham uma certa relação utilitária com o CAPSi, fazendo uso desse espaço como um momento para circular por outros lugares. E eu acreditava que, na ausência de liberdade, na impossibilidade de transitar, o CAPSi aparecia como uma “boa medida”. Assim, mediante a chegada dessa população, os profissionais de saúde tiveram que se movimentar. Perante a frequente recusa dos adolescentes em comparecer ao serviço, horários flexíveis para acolhimento foram disponibilizados na tentativa de um possível tratamento. Quando necessárias, as visitas domiciliares podiam ser realizadas conjuntamente com os profissionais das medidas de meio aberto; por terem acesso prévio aos jovens, supúnhamos que o vínculo poderia ser iniciado por ali. Outra estratégia que merece ser lembrada diz respeito à articulação com a rede de proteção, para além dos programas de medidas, e que se mostrava cada vez mais necessária.

Mas é preciso ter cautela com certa dose de otimismo. Muitos adolescentes sequer adentravam o CAPSi para outro tipo de tratamento que não fosse o medicamentoso. Neste ponto, aproximamo-nos de algumas reflexões trazidas por Vicentin e Gramkow (2010) e por

Vicentin, Assis e Jóia (2015), que apontam o uso generalizado de medicamentos psicotrópicos como forma de gestão de conflitos para os adolescentes que cumprem medidas socioeducativas, principalmente para aqueles considerados causadores de problemas no cotidiano das unidades de privação de liberdade. Situação semelhante pode ser vista no sistema prisional adulto. Tal condição é, por exemplo, descrita por Mallart (2016), ao relatar o uso regular de remédios psicotrópicos entre presos e presas em um Centro de Detenção Provisória na capital paulista, para combater os efeitos gerados pelo encarceramento, mas também para auxiliar na gestão da população carcerária. E o autor prossegue: é importante lembrar que a prisão não opera sozinha. Pelo contrário, do início ao fim ela encontra-se conectada a outros tantos equipamentos de saúde, assistência e cuidado, num mútuo relacionamento. A problemática do uso excessivo de medicação psiquiátrica para adolescentes autores de ato infracional corrobora o Levantamento Nacional dos Serviços de Saúde Mental no Atendimento aos Adolescentes Privados de Liberdade e sua articulação com as Unidades Socioeducativas (USEs), encomendado pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e Ministério da Saúde (SEDH/MS, 2009), sob a coordenação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), que avaliou as condições de ofertas de atendimento em saúde mental desses adolescentes. Quando os internos são medicados, o estudo aponta para indícios expressivos de uso de remédios como os antipsicóticos, ansiolíticos, antidepressivos e anticonvulsivantes. Um fato interessante que merece reflexão diz respeito à composição das equipes multiprofissionais das unidades pesquisadas, já que a presença de diferentes categorias profissionais não implicou necessariamente na escolha pelos serviços de saúde mental extramuros, consolidando práticas de institucionalização e enclausuramento. Especificamente no que se refere às questões de álcool e outras drogas, os dados mostram alta prevalência de encaminhamentos para as comunidades terapêuticas, seguidas por hospitais psiquiátricos e clínicas privadas<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Vale destacar o relatório de “Inspeção Nacional às unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei”, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (2006), onde os pesquisadores identificaram que os centros localizados nos estados de Minas Gerais, Paraná, Piauí e Rio Grande do Sul utilizaram-se dos psicofármacos para medicalização dos adolescentes com problemas de comportamento. No que concerne ao estudo citado, apenas uma ressalva: o relatório foi publicado em 2006, momento de transição da antiga FEBEM para a Fundação CASA, com isso a pesquisa no estado de São Paulo foi realizada no Complexo Tatuapé, que na época permanecia em funcionamento. Porém, como veremos, a questão da gestão dos medicamentos psiquiátricos permanece presente na relação entre saúde mental e estratégias de cuidado voltadas para o adolescente autor de ato infracional, ampliando a possibilidade de prescrições médicas no contexto da saúde pública, como no CAPSi e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), quanto em entidades de natureza privada, como as comunidades terapêuticas e clínicas particulares que tratam usuários de drogas.

Com o passar dos anos, comecei a refletir sobre o trabalho realizado no CAPSi. Às vezes achava que reproduzia a lógica da normalização, noutras subvertia. Será? Ao mesmo tempo ainda me assustava quando me deparava com certos sofrimentos, com o quão difíceis podiam ser algumas realidades vistas como imutáveis. Certa vez, ao realizar uma visita domiciliar para um adolescente da Fundação CASA que frequentava um grupo terapêutico no CAPSi, vivenciei uma situação intensa, que me deixou profundamente desolada. O jovem em questão cumpria medida de internação por conta do envolvimento com o tráfico de drogas no bairro onde morava. Havia sido encaminhado para o serviço de saúde mental devido ao histórico de heteroagressão com outros internos. A mãe falecida, o pai era desconhecido, ele vivia em situação de extrema pobreza juntamente com a avó e o primo pequeno, caminhos pelos quais, segundo a equipe psicossocial da Fundação, o levaram à infração. A estratégia da visita visava convencer a avó, considerada “negligente”, a comparecer ao grupo de família para acompanhar o processo de saída de seu neto da unidade de internação e, simultaneamente, à continuidade do tratamento no CAPSi. Do lado de fora da casa, chamei o nome da avó, mas não obtive resposta. Da fresta do portão, pude olhar o local que era chamado de casa. Lixo, muito lixo acumulado no quintal. Era possível observar muitas garrafas PET, latinhas de alumínio, sacolas plásticas, pedaços de madeira, roupas velhas, entulhos de toda espécie, de forma que era impossível abrir o portão para sair ou entrar no ambiente. Fiquei imaginando a quantidade de insetos e animais peçonhentos que proliferavam no entorno da casa e conviviam com os moradores. Naquele dia eu contive as lágrimas, para que não escorressem pelo meu rosto. Algumas semanas depois, o adolescente foi liberado da unidade de internação, mas depois nem ele e nem sua avó compareceram mais ao serviço de saúde mental. Meses mais tarde, o jovem retornou para a Fundação, só que agora por conta de uma infração mais grave, pois estava sendo acusado de ter participado de um homicídio. Momento difícil seria aquele em que o seu próprio fazer torna-se irrisório, levando à incômoda sensação de que nada pode ser feito. Após esse episódio, constatei que não bastava apenas uma escuta acolhedora ou um atendimento permeado de boas intenções que conduzisse o adolescente a encontrar um novo caminho em sua vida, mas a urgência de um fazer que permitisse perceber a tensão do dia a dia institucional, o olhar atento e sensível, capaz de interrogar os saberes instituídos para que pudessem ser desmanchados, na tentativa de criar novas estratégias inventivas juntamente com os usuários. Neste sentido, algumas questões começaram a ganhar contorno, conduzindo-me a refletir sobre a vida daqueles que transitam pelas instâncias da justiça e da saúde e, mais especificamente, sobre os impasses nos quais suas trajetórias nos colocam frente a nossa própria atuação. Ao mesmo tempo, ainda me inquietava com o trabalho desenvolvido no serviço: que tipo de

tratamento estávamos produzindo quando a justiça solicitava um atendimento em saúde mental? Como tornar um tratamento possível ou ainda necessário, no qual a terapêutica se torna extensão do cumprimento de medidas socioeducativas? Reflexões que só poderiam ser respondidas caso me debruçasse sobre o terreno das práticas dos profissionais do CAPSi que atuam com os chamados adolescentes autores de ato infracional. O fato é que, sem ter tanta clareza das ideias, decidi voltar para a academia para pensar a prática. De minha parte, essa seria a segunda “trajetória-desistência”, que me levaria para uma dupla atuação como docente em uma faculdade particular e, posteriormente, como aluna/pesquisadora do doutorado em Psicologia Social. “Era preciso não ter medo: ir em frente, sempre” (LISPECTOR, 1999a, p. 32).

Ao ser conduzida para o que era dito e feito junto aos adolescentes, ampliei o problema do estudo, trazendo à cena a perspectiva do cuidado. Diante da proliferação de questões em torno da saúde mental, o eixo analítico sobre o cuidado foi escolhido para ser desenvolvido nesta pesquisa. Assim, o objetivo principal da tese é analisar e problematizar o cuidado em saúde mental produzido no CAPSi e os efeitos dessa lógica junto aos jovens autores de ato infracional. Será em torno da problemática do cuidado que são levantadas imediatamente algumas questões: quais modos de cuidado são produzidos junto aos jovens autores de ato infracional em cumprimento de medidas socioeducativas? Como os adolescentes autores de ato infracional se constituem a partir do cuidado engendrado no CAPSi?

Sabemos que a noção de cuidado tem sido amplamente discutida em documentos oficiais do Ministério da Saúde no que concerne à política nacional de saúde mental voltada para adultos, porém, no que se refere ao cuidado da população infantojuvenil, em geral tais formulações ministeriais (BRASIL, 2005, 2010, 2014a, 2014b) são ínfimas quando comparadas ao segmento adulto, sendo possível reconhecer que é muito recente no Brasil a questão da responsabilidade do cuidado sob a forma de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes (COUTO; DELGADO, 2016).

Especificamente em relação aos adolescentes oriundos do sistema socioeducativo, o Ministério da Saúde publicou um documento (BRASIL, 2014c) que 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 o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado, no qual a categoria cuidado aparece atrelada ao modelo realizado prioritariamente na atenção básica e, no caso da saúde mental, propõe a

assistência voltada para adolescentes com transtornos mentais, bem como aqueles que fazem uso de drogas, através de ações de redução de danos. Quanto à equipe, a portaria sinaliza a articulação entre os profissionais de saúde que atuam dentro do sistema socioeducativo (se houver), com as equipes de saúde localizadas no território. O documento ainda reconhece a existência do sofrimento psíquico em virtude da própria lógica de privação de liberdade, da violência institucional, do afastamento da família e do convívio social. Neste ponto, enfatiza que as atribuições dos profissionais de saúde mental integrantes das equipes responsáveis, juntamente com o socioeducativo, não devem priorizar o atendimento individual, ambulatorial, nem mesmo a realização de avaliações demandadas pelo Judiciário, mas sua atuação deve estar focada no matriciamento das ações de saúde. Entende-se por matriciamento um conjunto de ações, tais como: a discussão de casos clínicos; a participação na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) que envolve a equipe de saúde, o usuário e a família, integrado ao Plano Individual de Atendimento (PIA), elaborado pelos profissionais do sistema socioeducativo; o atendimento psicossocial em parceria com outros profissionais da unidade socioeducativa e da rede intersetorial; a colaboração nas intervenções terapêuticas da equipe de Atenção Básica de referência e de outros serviços de saúde; o agenciamento dos casos de saúde mental na rede, de modo a garantir a atenção integral à saúde; e a realização de visitas domiciliares conjuntas.

Afora as portarias e planos editados pelo Ministério da Saúde, a problematização sobre o cuidado pelos profissionais que atuam no CAPSi com os adolescentes autores de ato infracional se torna cada vez mais necessária e premente. Em momentos-limites, como o que estamos vivendo no país, com o sucateamento e o desmonte do SUS<sup>9</sup>, as ações devem ser refletidas enquanto imperativo ético em relação à atual conjuntura brasileira. Caso as práticas cotidianas se aliem ao modelo segregador, autoritário e repressivo que circula na sociedade, o cuidado engendrado poderá caminhar no sentido de eliminar existências indesejáveis e perigosas. Eliminar equivale a: deixar de escutar os jovens, esquivando-se do contato com a experiência juvenil; prescrever e fazê-los consumir psicofármacos em excesso, como forma de gerir simultaneamente seus corpos e mentes; deixá-los fadados ao esquecimento, caso não compareçam mais ao serviço de saúde mental. E mais: à medida que o cuidado recai para um

---

<sup>9</sup> Após completar 30 anos, assistimos gradativamente ao desmonte do SUS, principalmente a partir da Proposta de Emenda Constitucional nº 241/2016, conhecida como PEC do Teto dos Gastos Públicos, medida de austeridade fiscal assinada em 2016 pelo ex-presidente Michel Temer (MDB), que condiciona, por 20 anos, o investimento público em saúde ao reajuste da inflação. Contudo, é importante ressaltar que, mesmo com os avanços incrementados pelos governos de esquerda nos anos anteriores, a implantação dos princípios do SUS mostraram-se deficientes.

comportamento a ser eliminado, reduziríamos a existência juvenil para a figura do doente que necessita ser tratado.

Neste ponto, aproximamo-nos de algumas contribuições trazidas por Contatore, Malfinato e Barros (2017, 2019) sobre a abordagem sociológica do cuidado, que, sem renunciar-lhe como elemento pertencente ao campo da saúde, traz novas composições para repensar e reorientar o cuidado como atributo necessário à sobrevivência humana. Nesta concepção, portanto, o cuidado refere-se a uma expressão de apoio social intenso, juntamente com a solidariedade e a disponibilidade para estar com o outro. De Tronto (2007), que relaciona cuidado e democracia, partilho algumas ideias sobre a naturalização entre cuidado, gênero feminino e posição social, nas quais a autora nos oferece uma discussão crítica a respeito da condição moral feminina e a noção de cuidado no âmbito privado. O estudo de Mélo (2017) também se torna referência teórica nesta pesquisa, por conta da discussão que o autor faz relacionada ao conceito de cuidado de modo mais específico das pessoas que fazem o uso compulsivo de drogas.

A esse respeito, a opção por estudar algumas práticas classificadas como cuidado levou-me à hipótese de que o CAPSi, dentre os lugares de referência no tratamento e assistência no que se refere à saúde mental dos jovens autores de ato infracional, pode sustentar novas possibilidades de cuidado que apostem na produção da vida, ou, ao contrário, que as práticas de cuidado podem reafirmar padrões de normalização e patologização.

Porém, na medida em que o trabalho de campo era construído e no momento da escrita da tese, posso afirmar que a expressão “cuidado” requer ir além das intervenções técnicas e terapêuticas restritas ao local de trabalho, ou a quaisquer outros serviços. A perspectiva do cuidado foi amplamente discutida a partir de trabalhos no âmbito da saúde coletiva, consolidando a reflexão conceitual e metodológica, em especial na saúde mental.

De certa forma, o cuidado referendado neste trabalho não é tomado a partir de uma noção ou conceito. A perspectiva do cuidado pressupõe algumas dimensões que, ao meu ver, foram essenciais no transcurso da pesquisa, ganhando especial importância no trabalho com adolescentes: a circulação dos afetos, incluindo a capacidade daquele que se propõe a cuidar de deixar ser afetado pelas narrativas e dores do outro, o estabelecimento do vínculo como condição fundamental do cuidado, assim como a experiência do encontro para a construção de uma possível relação de confiança. Quanto ao encontro com os adolescentes, há tempos

permanecia em mim o interesse em ouvi-los. E pensei: por que não escutar os jovens? E assim fui tentando um contato, buscando ouvir o que tinham a dizer. Envolvidos na trama da justiça, porém imersos em vários outros lugares: na rua, dentro e fora da escola, junto ou afastado da família, fugindo da comunidade terapêutica ou do CAPSi (e da pesquisadora!), com o pé ou o corpo no tráfico de drogas. Mesmo quando não queriam ou não tinham nada a dizer, era possível escutar nas reminiscências os seus sofrimentos. E por que não suas esperanças?<sup>10</sup>

Esta pesquisa não se realizaria caso não mergulhasse com certa intensidade no cotidiano do CAPSi. Foi durante a convivência por mais de 1 ano, no período compreendido entre janeiro de 2017 e junho de 2018, comparecendo semanalmente ao serviço, que pude experienciar as dificuldades e os dilemas institucionais que acometem não só os profissionais da saúde, mas também os adolescentes e suas famílias. Aliás, a família mostrou-se uma potente interlocutora, que precisava ser ouvida com mais atenção. Em relação ao trabalho com famílias, Castro (2017) ressalta que raras são as pesquisas que acompanham famílias de usuários de substâncias tornadas ilícitas em suas rotinas comuns; o que mais se encontra são alardes sobre o “drama familiar” relacionado ao uso de substâncias.

Acredito que, devido ao momento marcado pela acentuada aproximação, boa parte dos questionamentos que envolvem este trabalho foram sendo construídos e refletidos no decorrer da pesquisa de campo. Neste sentido, apesar de a hipótese me levar para dois caminhos distintos – o cuidado enquanto produção de vida ou o cuidado normalizador/patologizador –, o confronto com as teorias acadêmicas e com os afetos que senti, li, vi e vivi foi inevitável.

À medida que a pesquisa avançava, novos temas surgiam e a necessidade por ampliar repertórios conceituais tornou-se, assim, imperiosa. Neste aspecto, considerei relevantes os trabalhos que enveredam pela antropologia urbana, como os estudos de Gabriel Feltran (2008), sobre o fluxo de atendimento entre educadores sociais e adolescentes autores de ato infracional no CEDECA Sapobemba, na cidade de São Paulo; Fabio Mallart (2014, 2016), que trouxe à cena a dinâmica das cadeias juvenis e a trajetória dos adolescentes nas unidades de internação paulista, bem como pesquisas que buscam compreender as crescentes práticas de encarceramento em massa e medicalização via substâncias psicotrópicas que se conectam às

---

<sup>10</sup> Sobre a demonstração de esperança, o psicanalista inglês D.W. Winnicott traz uma contribuição interessante ao despatologizar a tendência antissocial do transtorno de personalidade antissocial. Quando a criança se comporta de modo antissocial, não se trata necessariamente de uma doença. Neste sentido, o autor propõe que os sintomas antissociais são como uma busca por um ambiente amoroso, firme e acolhedor, e são sinais de esperança (WINNICOTT, 1956/2005).

periferias urbanas, prisões e unidades de internação da Fundação CASA; e Taniele Rui (2014), que acompanhou a multiplicidade de relações entre usuários radicais de crack em programas de redução de danos em São Paulo e Campinas.

Por fim, o estilo poético que marca a escrita da tese justifica-se como forma de positivar o caminho árduo da escrita, pois “escrever é, certamente, uma maneira de sangrar; mas também de invocar e evocar vidas costuradas com fios de ferro” (EVARISTO, 2016, p. 11). Costuradas com fios de ferro, vida e escrita se confundem num alinhavo incessante. A preferência por certas autoras não ocorreu ao acaso. Tive o cuidado de escolher cuidadosamente mulheres que recorrem à literatura como forma de resistência.

### **Desassossegos e afetos de uma pesquisa: reflexões teórico-metodológicas**

Existe um problema de saúde mental que não foi resolvido pelo ECA, que não foi resolvido pelo SINASE<sup>11</sup>. A gente tem inúmeros meninos com problemas de saúde mental que ficam invariavelmente 3 anos na Fundação porque ninguém quer esses meninos e que causam muitas vezes problemas e rebeliões e que até hoje a saúde não conseguiu equacionar. (Seminário Juventude na Fundação Casa em 2016 - Escola Paulista de Magistratura - EPM).

Em julho de 2016, a Coordenadoria da Infância e da Juventude (CIJ) do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), em parceria com a Escola Paulista de Magistratura (EPM), realizou o Seminário “*Juventude na Fundação Casa*”, que contou com a participação de juízes, servidores do tribunal, promotores, defensores públicos, advogados, delegados, assistentes sociais e psicólogos, além do público interessado, que assistia à transmissão do evento via internet.

O trecho acima remete à fala da ex-presidenta do equipamento responsável pela aplicação da medida socioeducativa de internação, Berenice Gianella<sup>12</sup>, ao associar que os jovens com problemas de saúde mental são aqueles que causam problemas e rebeliões no dia a dia das unidades de internação. A então presidenta prossegue simplificando a questão: responsabiliza a saúde, que não conseguiu resolver tal problemática. A fala circunscreve certamente o lugar da saúde, quando articulada ao campo socioeducativo, podendo servir, via de regra, como pretexto para o controle social de comportamentos de rebeldia e insubordinação

<sup>11</sup> De acordo com a Lei 12.594, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – Sinase (BRASIL, 2012a).

<sup>12</sup> Berenice Gianella foi presidenta da Fundação Casa entre 2005 e 2017. Após 12 anos no cargo, assumiu a Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, permanecendo até julho de 2018. No 2º semestre de 2018, foi secretária municipal de Direitos Humanos e Cidadania do município de São Paulo.

daqueles considerados indesejáveis e perigosos no interior das unidades da Fundação e, por que não, nos distintos territórios da vida cotidiana.

Nessa chave, a saúde, que possui múltiplas faces, aparece como um sistema de regulação, tutela e contenção. Não se trata, portanto, de pensar a saúde aplicada à justiça, ou vice-versa. Como veremos adiante, a aliança entre saúde e justiça, particularmente a saúde mental, surgiu a partir da consolidação do saber médico, nesse caso a partir da medicina psiquiátrica nascente em áreas associadas às práticas jurídicas, como a criminologia. Essa demanda colocou exigências específicas ditadas pela própria saúde, como a disputa pelo saber do corpo criminoso com o campo jurídico.

Naturalmente, os médicos e os demais profissionais do campo da saúde eram convocados, e ainda são cada vez mais, a partir de seus conhecimentos e habilidades específicas, a auxiliar os juízes à constatação decisiva para a tomada de decisão, cabendo aos primeiros a capacidade de curar a doença do crime, quando o paciente não era incurável. Porém, torna-se necessário admitir que a saúde mental, costurada ao mundo jurídico pelo viés criminológico, necessita encontrar seu arranjo próprio, já que sua premissa advém de um compromisso com as necessidades do sujeito, que são, por excelência, de outra ordem. Tal fator não implica necessariamente recusar ou produzir um silenciamento diante das solicitações que o campo jurídico coloca, mesmo porque são essas especificidades que constroem a demanda que a justiça remete à saúde. Não há conflitos insuperáveis entre os campos, há confrontos permanentes, sem dúvida, com a criação de novos contornos e análises que merecem ser problematizadas.

Retomando a questão da zona limítrofe entre saúde mental e justiça juvenil, torna-se fundamental, desse modo, estar atenta ao fato de que, antes mesmo de adentrar o CAPSi específico para a realização da pesquisa, as temáticas que permeiam a interface entre os dois campos do saber já deixavam transparecer um certo estranhamento. Devo confessar que a questão do jovem que cumpre medidas socioeducativas com demanda de saúde atravessava constantemente meus territórios de desassossego. Desta forma, antes mesmo de entrar propriamente no CAPSi ou mesmo longe, a quilômetros de distância, dos interlocutores envolvidos neste estudo, os questionamentos e preocupações se fizeram presentes, seja através dos pensamentos, fragmentos de anotações, trocas de mensagens via WhatsApp ou até mesmo por meio de sonhos oníricos, ou seja, a relação com o tema envolvido tornava-se realidade. Diga-se de passagem que o tema sobre o cuidado em saúde mental junto aos autores de ato

infracional no Centro de Atendimento Psicossocial Infantojuvenil foi transformado em campo-tema: sim, campo que não é mais um local específico da ação da pesquisa, mas como Spink (2003) se refere à situação atual de um assunto onde a processualidade de temas está ali situada. Campo-tema, portanto, não é o lugar onde o tema pode ser pesquisado, já que deve ser refletido a partir da inseparabilidade entre aquilo que se habita (campo) articulado ao que se propõe e pensa (tema). Abre-se aí a possibilidade de pensar o lugar do pesquisador no campo-tema não enquanto um entrevistador neutro e independente, dissociado das questões que o atravessam no dia a dia. Tradicionalmente, a concepção de campo das escolas clássicas da antropologia e da sociologia dizia respeito à observação e à interação entre as pessoas no seu território de atuação, no seu “habitat natural”, no lugar específico da ação fora do espaço da universidade. Pregando a postura do profissional neutro e objetivo em relação às estruturas de poder do contexto estudado, a corrente positivista acreditava na possibilidade de o pesquisador se colocar como um “observador exterior”, “fora do campo de investigação”, um investigador das ciências sociais e humanas antropólogo, sociólogo ou psicólogo distante das misturas e incertezas, que deve se afastar das suas premissas anteriores, de suas opiniões, sentimentos e valores (PASSOS; BARROS, 2000).

Para exemplificar, Rui (2014) explicita os distintos modos de fazer pesquisa dos antropólogos, deixando isto claro num trecho do seu estudo com usuários de crack, no qual negocia a participação nas atividades em um programa de redução de danos na cidade de Campinas:

Um dos redutores que havia sido DJ em um espaço cultural disse que teve a experiência com alguns alunos de antropologia que iam fazer pesquisa no local e ficavam em um canto, apenas anotando o que acontecia em um caderninho, argumentando que tinham que ficar calados para não interferir no que observavam. Perguntou-me se eu faria o mesmo. Respondi que essa era uma possibilidade da prática profissional que poderia ter correspondência com determinados propósitos de pesquisa, mas que, no caso da inserção que eu almejava, tal quietude não se fazia necessária. Ao contrário, deixei claro que, para mim, era importante interagir o máximo possível tanto com os profissionais de redução de danos quanto com os atores sociais por eles acessados. (p. 45).

Certamente ainda permanece a visão hegemônica, não apenas para quem realiza a pesquisa, mas também para aqueles que atuam no contexto investigado, segundo o qual o campo equivaleria a um lugar, e de certo modo, quando o pesquisador não estava presente nesse lugar, também não estava pesquisando no campo. Pensado dessa forma, partindo do sentido comum enquanto modalidade de prática ou domínio de saber, o campo era onde o pesquisador realizava a sua investigação (SPINK, 2003). No âmbito da Psicologia, a noção de campo começa a

experimental um deslocamento de seu sentido habitual, a partir das contribuições de Kurt Lewin, que teve o mérito de “romper com o conceito clássico de um campo distinto e objetivo” (p. 33). A noção de campo lewiniana chama atenção, pois o autor passa a explicar que qualquer comportamento é proveniente de uma mudança, produto de um campo de determinantes interdependentes constitutivos num determinado tempo. Saindo do território teórico experimental, para Lewin, a teoria de campo não era um constructo teórico, mas um método de analisar relações causais e construir conceitos, de trabalhar com a noção de que qualquer evento é o resultado de múltiplos componentes “psicológicos” e “não psicológicos” (SPINK, 2003). Será a partir da noção de campo dinâmico ou campo de forças, que Lewin busca explicar a ação individual que se estabelece entre o indivíduo e o meio através da totalidade dos fatos, que coexistem interdependentes. As referências aos conceitos de *campo psicológico*, proveniente do indivíduo e do meio ambiente, e *campo social*, oriundo do grupo e do meio, estão presentes nas ideias de Lewin. Apesar das zonas de interferências, a linha divisória entre ambos permanece, já que tais estruturas continuam como componentes unitários. A aproximação maior entre essas fronteiras ganha novas nuances na formulação da proposta da pesquisa-ação (PASSOS; BARROS, 2000; PAULON, 2005). Ao produzir alguma transformação em determinados aspectos da realidade concreta, o pesquisador se vê incluído no campo que investiga e sua ação modifica o objeto estudado. Estamos longe de ter uma posição de neutralidade. Assim, a pesquisa-ação propõe uma ruptura com a visão convencional que regia as ciências tradicionais, segundo a qual primeiramente pesquisamos os fenômenos/problemas para, somente após, enfrentarmos a tarefa de depurá-los ou de agir sobre eles. Na articulação teoria-ação, o pesquisador é um agente de mudança, tendo como privilégio o desenvolvimento das relações interpessoais que levem a uma sensibilização e, por conseguinte, à conscientização dos indivíduos. Tomando a proposta da sensibilização enquanto estratégia de intervenção, muitas vezes em nossos trabalhos somos chamados a propiciar mudanças que, certamente, conduziriam ao equilíbrio das relações entre os sujeitos, com o propósito de buscar garantias frente às ameaças que a realidade impõe. Nota-se aí um caminho aberto para a individualização e a psicologização dos conflitos, uma vez que a ação voltada para a conscientização cria a fantasia na qual tensões e descomposturas são efeitos de fatores predeterminados que necessitam de transformações. A ação deve ser planejada para que as ferramentas teórico-metodológicas surtam efeito no âmbito da intervenção, levando a uma readequação ou a um reajuste que vise a interpretação de sentidos. Usualmente, a ideia de ação limita-se ao significado de ativismo, porém dentro da própria modalidade de pesquisa pretende-se ampliar o conhecimento dos interventores ou o nível de consciência dos sujeitos e grupos envolvidos

na investigação. Neste sentido, a ação transformadora revestida de conscientização assume especial relevância como uma saída mágica para problemas muitas vezes complexos. Embora a articulação entre pesquisador e campo de pesquisa fosse uma das formulações, a princípio inovadora, da pesquisa-ação, ainda podemos averiguar a existência da lógica cientificista, que mantém a clássica cisão em relação a teoria-prática, bem como sujeito-objeto. Contudo, o que meu estudo indica é que, embora ainda seja bastante utilizada a noção lewiniana da pesquisa-ação, existe uma diversidade de estratégias metodológicas que invariavelmente irá permear o campo da Psicologia Social e que, portanto, deve ser experienciada.

Com isso reconheço a especificidade da minha pesquisa. No encontro entre os domínios da saúde mental e da justiça, o aparecimento de outros híbridos se revelou alertando-me contra os estereótipos juvenis, o espaço-tempo segmentado, os lugares-comuns, o cuidado bem-intencionado, a relação pesquisador-pesquisado e o modo de fazer pesquisa. Apoiada nas contribuições da pesquisa-intervenção, que visa colocar em evidência o jogo de poder e de interesses encontrados no campo de investigação, tal proposta implica na desnaturalização de territórios estabelecidos no campo investigado. Antes de prosseguir, uma nota: a pesquisa-intervenção foi formulada pela Análise Institucional Socioanalítica<sup>13</sup>, corrente desenvolvida na França durante os idos das décadas de 1960/70, que tem significativa influência no presente trabalho.

Metamorfoses, movimentos e processos são privilegiados visando interrogar os diversos sentidos cristalizados no encontro de múltiplas dimensões ou de linhas de força na realidade da pesquisa-intervenção. Estamos diante de uma concepção que muito se distancia das versões positivistas e tecnológicas, “que não se enquadra no modelo de ciência moderna, que recomenda métodos de representação de objetos preexistentes” (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015, p. 9). Uma concepção que reúne a noção de intervenção com a pesquisa para produzir um redirecionamento da relação teoria-prática, na qual não há precedência uma em relação à outra, já que ambas são indissociáveis. Um outro aspecto importante a se ressaltar na pesquisa-intervenção é a indissociabilidade entre pesquisador e pesquisado, ou seja, sujeito e objeto do conhecimento se engendram, se constituem no mesmo momento na pesquisa, se

---

<sup>13</sup> A Análise Institucional Socioanalítica (AIS) integra o movimento institucionalista juntamente com as correntes da Psicoterapia Institucional (Tosquelles, J. Oury e Guattari), bem como as correntes da Pedagogia Institucional (Fonvieuille, Vasquez e F. Oury) e a corrente da Socioanálise (Lourau e Lapassade), que no Brasil passou a ser comumente conhecida como Análise Institucional. A AIS e, especialmente no Brasil, foi fortemente influenciada pelos aportes teóricos da Filosofia da Diferença (Nietzsche, Foucault, Guattari e Deleuze). No decorrer dos capítulos, iremos desenvolver alguns conceitos-ferramentas formulados pela Análise Institucional, como implicação, analisador e sobreimplicação.

inventam a cada pesquisar. Em trabalhos anteriores (PAULON, 2005; PAULON; ROMAGNOLI, 2010), vimos com as autoras que não se trata somente de questionar a clássica polarização sujeito-objeto mantida entre as pesquisas participantes, tampouco mostrou-se suficiente problematizar a relação pesquisador-campo investigado, como ocorre na pesquisa-ação, se não concebermos a própria noção de subjetividade atrelada às concepções de ciências com que se orienta o trabalho de investigação. O conceito de subjetividade, cunhado por Félix Guattari (GUATTARI; ROLNIK, 1996), diz respeito a um movimento de construção permanente composto por componentes heterogêneos, de materiais distintos, vetores diversos que, ao atravessarem um plano de forças, constituem modos de existência sempre múltiplos e temporários. Desse modo, não se refere somente a uma dimensão biopsíquica do indivíduo, pois trata-se também de fenômenos políticos, econômicos, sociais, tecnológicos, urbanos, midiáticos, culturais que permeiam a vida cotidiana, em decorrência da multiplicidade de diversos fluxos que dali decorrem. Neste sentido não se trata, portanto, de um produto de uma instância individual, já que a subjetividade é manifesta na própria constituição desses vetores e, simplesmente, não como consequência dessa produção. Com o alargamento do conceito de subjetividade, cabe-nos indagar qual o lugar ocupado por nós diante das histórias trazidas pelos sujeitos, como aquele que conecta os elementos entre si, interpretando possíveis conexões, ou aquele que permite a passagem para que outros regimes de signo possam contagiar a própria história-vida.

Para isso, é fundamental deixar-se captar a exterioridade “na pele”, “por contágio” (PAULON; ROMAGNOLI, 2010), independentemente da decisão ou vontade individual. Tais forças, ao serem convocadas na pesquisa-intervenção, arrancam o pesquisador de quaisquer fantasias em torno da cientificidade gerada pela asséptica ilusão da ciência moderna calcada na objetividade e na neutralidade. É nesse movimento de deixar-se afetar e ser afetado que a subjetividade do pesquisador/interventor passa a ser analisada, a partir de suas implicações no plano de produção do conhecimento e da realidade conhecida.

*“Retorno ao CAPSi. Idas e vindas atravessam o processo da pesquisa. Começo a perceber que a arte de pesquisar supõe uma insistência absurda. Vida social, familiar e profissional misturam-se nesse processo de pesquisar, pensar, sentir e escrever. Após um período digitando as páginas do prontuário no computador sinto os dedos adormecerem de frio. É inverno. Uma onda de frio já dura mais de uma semana. Vou para fora do serviço.*

*Encontro Daniele Toledo<sup>14</sup>. Conversamos um pouco. Peço que ela autografe o meu livro. Daniele escreve: ‘que sua jornada seja iluminada e gloriosa!!’ Penso: é o que espero!!!’* (Diário de Campo, 06/07/2017).

Dessa maneira, abre-se a possibilidade para pensar o cuidado em saúde mental como um caminhar junto aos processos instituintes ao longo da experiência investigativa. Entende-se que o cuidado não pode ser resumido a uma ação no encontro de sujeitos distintos, aí incluídos não só os profissionais de saúde mental, os jovens, as famílias, como também o próprio pesquisador. Sendo assim, não pode ser pensado enquanto uma terapêutica antecipável engendrada no CAPSi que requer a possibilidade de mudança dos sujeitos, já que, ao operar no plano concreto das experiências, deve-se “guardar o ineditismo da experiência humana” (PASSOS; BARROS, 2000), cabendo ao pesquisador que se proponha a investigar os efeitos do cuidado na vida dos jovens ter disposição para acompanhá-los e surpreender-se com eles. A questão é: como acompanhar os jovens autores de ato infracional sem deixá-los escapar por entre os dedos?

Para acompanhar os processos que são da ordem do invisível e do plano dos afetos, a cartografia emerge como valiosa proposta metodológica, embora não seja a única estratégia da pesquisa-intervenção (PAULON; ROMANGNOLI, 2010). A cartografia é um termo proveniente da Geografia que registra paisagens gráficas que se expressam em uma dada realidade. Gilles Deleuze e Félix Guattari (2000) se apropriam deste termo e o subvertem, trazendo consigo a noção de paisagens sociais, que, por serem reais, são passíveis de serem cartografadas. Não é, portanto, a mesma coisa que fazer a cartografia física dos deslocamentos demográficos. Não é simplesmente fazer o traçado linear das trajetórias em curso, com pontos de chegada e de partida. Trata-se da descrição de linhas, identidades, modos de existências que compõem determinadas paisagens psicossociais que atravessam a pesquisa. A ideia de cartografia traz consigo a noção de território como algo movente, dinâmico, um movimento permanente de desterritorialização, tornar-se e desfazer-se, como parte de um processo de criação de novos mundos. Ao lançar mão do procedimento cartográfico, não estamos lançados

---

<sup>14</sup> Em outubro de 2006, Daniele Toledo foi presa e acusada injustamente de matar a filha de 1 ano e 3 meses com doses de cocaína misturada ao leite da mamadeira. Durante os 37 dias em que esteve presa foi torturada, espancada, perdeu parcialmente a audição, ficou cega do olho esquerdo e até hoje sofre convulsões devido ao coágulo no cérebro resultado dos chutes que levou na cabeça. No período em que esteve encarcerada, Daniele se transformou no “Monstro da Mamadeira”, alcunha utilizada por noticiários e autoridades da segurança pública da época. Contudo, os exames laboratoriais não encontraram resquícios de cocaína na mamadeira, apenas medicamentos receitados pelo médico. Após 10 anos, Daniele publicou o livro *Tristeza em Pó*, narrando sua trajetória experiência de violação dos direitos humanos.

à deriva, jogados à própria sorte, com a sensação de uma constante imprecisão, pois o método é rigoroso, já que propõe alianças coletivamente construídas, responsabilidade ético-política de afirmar as diferenças e implica, sobretudo, a escolha de critérios que permitam a construção de uma realidade para todos. Usando as palavras de Rolnik (2007), a prática de um cartógrafo diz respeito às estratégias das formações do desejo no campo social, ou seja, o que importa ao cartógrafo é estar atento às estratégias do desejo em qualquer fenômeno da existência humana que se propõe perscrutar. Para escutar a delicadeza das intensidades do presente, espera-se que o cartógrafo se utilize de um composto híbrido, dando voz e corpo a fim de “dar língua para afetos que pedem passagem” (ROLNIK, 2007, p. 23). O que define seu perfil, então, é exclusivamente um tipo de sensibilidade, que ele se propõe fazer prevalecer, na medida do possível, em seu trabalho. Esse tipo de sensibilidade que não pode ser aprendido nos livros nem sempre é fácil no início de uma pesquisa, só podendo ser produzido através da prática continuada do método cartográfico.

Aliada à estratégia metodológica da cartografia, produzi um diário de campo, que não se limitou apenas ao momento no qual estive inserida no CAPSi, mas se estendeu após meu distanciamento geográfico do espaço, apesar da estranha sensação de que nunca me afastei inteiramente do local. No diário de pesquisa ou diário de campo, o modo de dizer e registrar sobre a vivência cotidiana expressa o processo de pesquisar, não somente aquilo que é pesquisado. Desse modo, a subjetividade do pesquisador cuidadosamente delineada, a cada passo se mostra como é antes de ser moldada pelo processo posterior da pesquisa, quando atravessa o momento da experimentação. Sobre essa questão, Lourau (1993) discorre dizendo que o diário de campo nos permite compreender como foi feito na prática e não como fazer das normas estabelecidas.

Arriscada experiência de registro, por meio do diário de campo, que busca fazer dos acontecimentos cotidianos um caminho para o conhecimento e a transformação de si. *Como não pensar diferente depois dessa pesquisa? Acho que nunca serei a mesma!* Além dos afetos presentes na investigação, dúvidas, incômodos, desconfortos sentidos durante o fazer percorreram o caderno de anotações, bem como os sonhos que se revelaram um interessante material das situações vivenciadas da realidade institucional. As mensagens trocadas por meio do aplicativo WhatsApp também foram uma via de comunicação imprescindível. De um lado, a troca de mensagens serviu como estratégia de contato entre pesquisadora, jovens, familiares e profissionais de saúde na experiência da trajetória-intervenção. Por outro, funcionou como uma espécie de diário de campo, como experiência compartilhada entre a pesquisadora e a mãe

de um adolescente, na qual pude vivenciar o desmanchada dicotomia sujeito x objeto de pesquisa. Isto favoreceu a experiência do cuidado no coletivo, pois o modo de cuidar já não dizia respeito apenas ao filho adolescente, mas a quaisquer jovens autores de ato infracional que buscam cuidado no CAPSi. Neste ponto, é possível dizer que a pesquisa converteu-se, de certa forma, em um dispositivo de cuidado em saúde mental, uma vez que foi uma oportunidade de reconectar com a história do jovem, acompanhar sua trajetória pessoal e institucional, enveredando por outros lugares da rede de serviços que não se limitavam ao CAPSi, mas sobretudo porque me permitiu escutar atentamente o seu sofrimento e da sua família, buscando em ato estratégias concretas que pudessem acolher a complexidade na qual o sujeito se encontrava envolvido naquele momento.

Com o objetivo de analisar e problematizar o cuidado produzido no CAPS infantojuvenil e os efeitos dessa lógica junto aos jovens autores de ato infracional, a seguir serão descritos os procedimentos metodológicos utilizados no estudo. Para tanto, as estratégias de pesquisa ocorreram de duas formas: uma documental, com o levantamento de prontuários a fim de investigar a trajetória dos adolescentes, assim como de dados contidos no livro de registro de prontuários; a outra estratégia refere-se aos depoimentos orais, com a realização de entrevistas gravadas e transcritas com as trabalhadoras, jovens e responsáveis legais. Além disso, os dados coletados se deram mediante observações cotidianas na dinâmica do CAPSi e do centro de recuperação para usuários de drogas, bem como conversas individuais com os jovens e com profissionais do CAPSi e fora dele, ou seja, pessoas que foram relevantes para o tratamento do usuário escolhido. Cabe ressaltar que as experiências vivenciadas foram descritas no diário de campo.

Definido o interesse em realizar um estudo com os jovens autores de ato infracional no âmbito da saúde mental, decidi retornar ao CAPSi no interior paulista, onde havia trabalhado no período compreendido entre 2011 e 2014. A princípio havia o interesse em pesquisar em um CAPS infantojuvenil na cidade de São Paulo, porém fui convencida pelos colegas do grupo de pesquisa do qual faço parte a iniciar minha investigação em um local conhecido e próximo da minha residência, apesar de o serviço escolhido ficar a aproximadamente 43 km de distância de onde moro. Hoje percebo que, se enveredasse pelo atalho mais comprido, talvez não tivesse energia suficiente para finalizar a pesquisa. Também havia a sugestão, no projeto inicial de doutorado, de realizar o estudo em dois equipamentos de saúde mental: no CAPSi em que havia atuado como psicóloga, e no CAPSi alocado na cidade da minha residência. Decidi então não propor a pesquisa neste segundo CAPSi, em razão da empreitada burocrática que isso

demandaria e em maior parte porque eu já conhecia a experiência de saúde mental infantojuvenil do município e acreditava que a trajetória da pesquisa me levaria a ter contato com os serviços manicomial da cidade. Situação que foi comprovada pelos estagiários em Psicologia Jurídica, dos quais fui professora orientadora, tendo em vista que os jovens autores de infração que cumpriam medida socioeducativa em regime fechado eram convenientemente empurrados para um dos hospitais psiquiátricos do município. Porém, antes mesmo de desistir da pesquisa nos dois CAPSi, resolvi entrar em contato com o juiz da Vara da Infância e da Juventude, pois inicialmente pensava que deveria solicitar à autoridade judiciária autorização para a realização da pesquisa. Mais tarde, pude averiguar que não havia necessidade de prévia autorização, principalmente nos casos envolvendo adolescentes que cumprem medidas em meio aberto. Devido ao estágio de Psicologia Jurídica desenvolvido na Vara de Família, minha inserção ao fórum da cidade foi acessível. Fui apresentada ao juiz da Vara da Infância e Juventude pelo juiz da Vara de Família. Expliquei brevemente a pesquisa. Falei sobre meu interesse em ouvir os adolescentes que estavam cumprindo medidas socioeducativas, mas que também realizavam tratamento em saúde mental. Sua fala por si só produziu efeitos, desenhando uma face autoritária em seu discurso. Disse-me que deveria haver um psiquiatra em cada Fundação CASA para acompanhar os adolescentes e acrescentou que não concordava que o tratamento em saúde mental fosse realizado *na rede de serviços, como os técnicos gostavam de sugerir*. No decorrer da conversa, percebi certo desinteresse pela pesquisa. Alocado no lugar de juiz, notei uma intensa preocupação em saber como se daria o contato com os jovens: dentro da unidade de internação ou no serviço de saúde mental. Apesar de ter conseguido a autorização, pareceu-me mais prudente apostar na pesquisa no CAPSi em que havia trabalhado como psicóloga.

Foi então que, em julho de 2016, fiz meu primeiro contato com o CAPSi escolhido, participando de uma reunião de equipe para explicitar os objetivos do meu trabalho. Como eu já conhecia alguns profissionais da época em que trabalhava no serviço, a conversa girou em torno da discussão dos possíveis casos que eu viesse a acompanhar, mais do que dúvidas em relação à própria pesquisa. Depois de uma hora de conversa, já que era esse o tempo disponível para a realização da reunião semanal, a equipe concordou com a realização da pesquisa. O próximo passo era submeter o projeto aos trâmites burocráticos da prefeitura. Meses após a participação na reunião, fui informada pela coordenadora do CAPSi que o projeto de pesquisa deveria passar pela aprovação do secretário de saúde, pois a prefeitura não dispunha de um órgão específico que avaliasse as pesquisas do município. Contudo, como costuma ocorrer em

outras prefeituras, não me pediram o parecer do comitê de ética da universidade. Deste modo, apresentei um resumo do projeto de pesquisa e uma carta ao secretário de saúde, explicitando os objetivos do trabalho, com anuência da professora orientadora. Creio ser um dado relevante o fato de eu ter sido servidora pública do CAPSi, o que de certa forma facilitou a minha entrada no serviço. Logo no segundo semestre de 2016, fiquei às voltas com certos parâmetros regulatórios para a submissão da pesquisa. De acordo com a Resolução nº 010/12 do Conselho Federal de Psicologia, toda pesquisa em Psicologia com seres humanos deverá estar instruída de um protocolo, a ser submetido à apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde, como determina a Resolução MS nº 196/96 do CNS, posteriormente substituída pela Resolução nº 510, de 07/04/2016. A questão sobre as pesquisas envolvendo seres humanos tem trazido certas controvérsias para os pesquisadores sociais, quando equiparados aos critérios do modelo biomédico. Diferentemente das ciências exatas e biológicas, onde as pesquisas em seres humanos são fundadas no paradigma científico da neutralidade entre sujeito e objeto, as pesquisas das ciências humanas e sociais com seres humanos estão pautadas na dimensão ética, uma vez que são realizadas através de relações de interação e de conhecimento com outros sujeitos. Diante dos impasses produzidos sobre os procedimentos de avaliação de um projeto, Vilas Boas (2014) relata a dificuldade encontrada na aprovação de sua pesquisa de doutorado com profissionais de saúde que possuem contato com jovens privados de liberdade, observando que o projeto percorreu o mesmo caminho que uma pesquisa de testagem de medicamentos, por ser desenvolvida em uma pós-graduação na área médica. A autora observa que, caso a mesma pesquisa fosse realizada em uma faculdade de Ciências Humanas, não demoraria tanto para começar o campo. De forma mais contundente, Rui (2014) aponta o desafio em realizar uma pesquisa antropológica em uma zona de fronteira, nesse caso na área da saúde, e argumenta sobre a necessidade de demarcar as diferenças entre os dois domínios de saber. Embora exista a tendência de atribuímos a questão da ética às instâncias formais de regulação, o cuidado ético extrapola a simples assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo em vista que é na relação entre pesquisadora e interlocutores que se sustenta a dimensão ética da pesquisa. Neste sentido, a relação de confiança é condição imprescindível para a realização da pesquisa, sendo possível perceber como a experiência investigativa propiciou o lugar que a dimensão ética ocupou na pesquisa.

Cabe ainda situar alguns elementos em torno do município onde a pesquisa foi realizada e alguns dados do serviço. Trata-se de uma cidade de porte de médio em torno 314.924

habitantes<sup>15</sup> segundo estimativa do IBGE para 1.º de julho de 2019, ocupando a décima posição dentre os municípios mais populosos do interior de São Paulo. O município é considerado o segundo maior polo industrial da Região do Vale do Paraíba e possui importantes empresas instaladas na cidade. O serviço de saúde mental pesquisado funciona desde 2010 e no momento da pesquisa contava com uma equipe de 11 profissionais de saúde, além de profissionais de apoio como um recepcionista e uma funcionária da limpeza. Importante lembrar que a implantação do CAPSi foi marcada por uma controvérsia, já que parte dos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde (COMUS) da cidade não eram de acordo com a implantação do serviço, pois alegavam que o município já contava com um centro especializado para crianças e adolescentes. No entanto o serviço citado realizava o atendimento em habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência. Após, resolvido o impasse o serviço foi implantado.

#### A estratégia documental

Em janeiro de 2017, após minha entrada ser autorizada, consegui comparecer ao CAPSi a fim de começar meu estudo. A entrada no trabalho de campo pressupõe uma operação delicada, que envolve negociação, trazendo as cenas que estão permanentemente em jogo nas relações de saber-poder. Talvez seja por isso, no intuito de me sentir mais segura, que primeiramente iniciei o levantamento dos prontuários existentes no arquivo do CAPSi. Somado a isto, era de se esperar de alguém acostumado à pesquisa documental, quando, para minha dissertação de mestrado (MANZINI, 2005), procurei analisar a relação entre o conselho tutelar e as escolas públicas, dando ênfase às fichas de atendimento (FAs) produzidas no conselho. Para tanto, busquei problematizar como os discursos/práticas que surgem nestes documentos têm produzido algumas verdades acerca das crianças e dos adolescentes. Anos mais tarde, fui pesquisadora no município de Santo André/SP do “Estudo de Caso Internacional: Conselhos de Direitos e Tutelares no Brasil. Contextualização dos direitos das crianças e adolescentes e impactos produzidos” (MANZINI, 2008), elaborado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, que teve como objetivo analisar o potencial que o Conselho Municipal dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes (CMDCA) possui, para contextualizar os direitos e os possíveis impactos produzidos pelas ações do CMDCA e do conselho tutelar na vida das crianças e adolescentes. A partir do recorte da violência sexual, a coleta de dados incluiu análise

---

<sup>15</sup> Segundo estimativa do IBGE para 1.º de julho de 2019.

Disponível: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/taubate/panorama>. Acesso em: 21 de janeiro de 2020.

documental de atas, resoluções, chamamentos públicos, relatórios das Conferências Municipais, bem como documentos produzidos nos conselhos tutelares, além de entrevistas individuais com informantes-chave e entrevistas grupais com crianças e adolescentes que sofreram violência sexual. Assim, com Foucault (1986), tento entender que:

O documento, pois, não é mais para história, essa matéria inerte através do qual ela tenta reconstituir o que os homens fizeram ou disseram, o que é passado e o que deixa rastros: ela procura definir no próprio tecido documental, unidades, conjuntos, séries, relações (p. 7).

Como parte do procedimento de coleta de dados, iniciamos a pesquisa nos prontuários dos adolescentes autores de ato infracional que cumpriam ou haviam cumprido quaisquer medidas socioeducativas, mas que continuavam vinculados ao CAPSi. Esses prontuários foram selecionados atentando-se para informações relevantes como: data de entrada no CAPSi, data de nascimento, fonte de encaminhamento, seja através de outros serviços ou por intermédio de pessoas que buscavam atendimento no CAPSi, queixa apresentada, hipótese diagnóstica recebida, relatórios provenientes de equipamentos nos quais os jovens estavam inseridos, as folhas de evolução que faziam referência respectivamente ao comportamento do usuário, bem como à modalidade de atendimento ofertado no CAPSi, que se refere à evolução do tratamento e às intervenções empreendidas pela equipe técnica como proposta de cuidado terapêutico. Os dados colhidos são referentes aos anos de 2016, 2017 e aos meses de janeiro a abril de 2018. Optamos trabalhar apenas com os casos que deram entrada no Capsi em 2016 e 2017 e no primeiro quadrimestre de 2018 ou que foram recolhidos, de forma a favorecer a segunda etapa da pesquisa que previa acompanhar um caso. No que concerne ao ano de 2016, foram acolhidos pela primeira vez 386 crianças e adolescentes, sendo que, desse universo, foram selecionados 05 prontuários de adolescentes envolvidos no sistema de justiça juvenil, além de 03 fichas de adolescentes recolhidos, totalizando 08 adolescentes usuários que estavam em atendimento regular. A necessidade do recuo cronológico para o ano de 2016 é justificada porque se acreditava que os adolescentes que estiveram no serviço em 2016 permaneceriam em tratamento no CAPSi em 2017. No de 2017, dos 364 casos novos, foram levantados 02 prontuários referentes aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas; além disso, adicionalmente foi identificado 01 adolescente que já havia feito tratamento no CAPSi, sendo recolhido, contabilizando um total de 03 adolescentes que estavam em atendimento. Já nos primeiros quatro meses de 2018, apenas 01 prontuário foi selecionado para a pesquisa. Ademais, acrescentamos mais 01 adolescente, que desde 2011 permaneceu em tratamento no serviço até 2018. Neste sentido, foram levantados, entre casos novos e recolhidos, um total de

13 prontuários de adolescentes autores de ato infracional que solicitaram atendimento no CAPSi. Porém, logo de início foi possível constatar, pelos prontuários, uma realidade cada vez mais inevitável: o abandono do tratamento de saúde mental, após a cessação da medida socioeducativa. Desta forma, durante o andamento da pesquisa de campo, apesar dos 13 prontuários levantados, apenas 05 adolescentes permaneceram no serviço com os quais se daria a negociação da participação no estudo.

Uma segunda fonte documental para a pesquisa refere-se ao livro de registro de prontuários do CAPSi, espécie de caderno de registro onde são anotados os casos novos que chegam pela primeira vez ao serviço. O livro está discriminado da seguinte forma: número do prontuário, nome da criança e/ou do adolescente, idade, bairro, nº do cartão Sim (equivalente ao nº do cartão SUS), local que encaminhou o usuário, profissional da equipe que realizou o acolhimento e data da acolhida. Com o documento, é possível distinguir com facilidade o local que solicitou atendimento no serviço de saúde mental. O livro de registro de prontuários contabilizou 1.234 casos novos de crianças e adolescentes nos anos compreendidos entre 2014 a 2017. Destes, 20 referiam-se explicitamente aos adolescentes encaminhados pelos programas de medidas socioeducativas de meio aberto e de privação de liberdade. Mesmo incluindo um tempo mais alargado, entre os anos pesquisados com os 13 casos encontrados, vemos que se trata de um número relativamente baixo de encaminhamentos em relação ao total de casos atendidos. No entanto, embora reduzido do ponto de vista da quantidade, insistimos no valor minoritário, no sentido qualitativo destes casos. Isto é, eles encarnam a potência analisadora da situação de muitos adolescentes e jovens invisibilizados pelas políticas ou delas excluídos.

#### A estratégia de depoimentos orais

O segundo procedimento metodológico diz respeito aos depoimentos orais das profissionais que trabalham no CAPSi que estão envolvidas no cuidado com os jovens autores de ato infracional, bem como o relato dos próprios jovens e suas famílias. No que concerne às trabalhadoras do serviço de saúde mental, a ideia inicial era realizar grupos de conversação, utilizando, se possível, um período da reunião de equipe. Porém, logo que adentrei o local para apresentar a proposta da pesquisa, deparei-me com uma condição no mínimo peculiar, ou seja, a diminuição do número de horas de reunião, reduzidas de 4 horas para 1 hora. Nesse sentido, percebi a dificuldade em dar prosseguimento à proposta de grupos de conversação, e optei por colher os depoimentos orais por meio de entrevistas. Assim, as entrevistas foram realizadas em

dois momentos distintos: no mês de setembro de 2017, com duas profissionais que realizavam o maior número de atendimentos com adolescentes autores de ato infracional, e posteriormente em junho de 2018, com três trabalhadoras, duas anteriormente entrevistadas, juntamente com uma outra profissional de referência no atendimento às famílias dos jovens. Partilhamos da proposta sobre o uso da entrevista na cartografia, na qual estudiosos sobre a temática (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013) procuram mostrar como tal procedimento metodológico busca acompanhar os processos e, mais especificamente, os momentos de ruptura, as mudanças de entonação das vozes que indicam situações nas quais a experiência compartilhada se apresenta com mais intensidade. Consideram o caráter performativo da entrevista, não mais numa relação dialética de mútua interferência entre o entrevistador e o território da entrevista, mas a partir de uma ação que se transforma, passa de um estado para outro, do querer-fazer para o fazer. Em outras palavras, trata-se de pensar o caráter de intervenção da entrevista, tendo como mote o questionamento do próprio sentido do fazer, já que, na perspectiva da pesquisa-intervenção, transformamos a realidade para conhecer, e não o contrário. Para Tedesco, Sade e Caliman (2013), a entrevista não é um mero procedimento de coleta de dados, mas no sentido de colheita de relatos que ela mesma cultiva. Neste sentido, não estamos lidando com uma técnica fechada, estática, mas com um procedimento-movimento de vozes, sons, não ditos, discursos que agora circulam juntos, modulando o dizer. Os autores ainda alertam sobre a necessidade de estarmos atentos aos efeitos das intervenções do entrevistador sobre o dizer, pois algumas falas podem se converter em fechamento e repetição, ao invés de abertura e diferenciação das questões. Uma outra característica presente no caso da entrevista como procedimento cartográfico diz respeito ao plano coletivo de forças que compõem o cotidiano do pesquisador em processo de investigação-intervenção. Plano onde coexistem, ao mesmo tempo, forças que se manifestam nas linhas duras das relações que resistem à emergência do novo, com a necessidade de protocolos e cuidado disciplinar/burocratizado. Contudo, por sua vez, onde também se constituem linhas de fuga que se desviam do que está estabelecido, fazendo aflorar a emergência do inesperado.

Pode-se dizer que, no decorrer da pesquisa de campo, mesmo quando não pretendia realizar uma entrevista, conversamos com as pessoas. Ao longo dos encontros no CAPSi, no corredor, na cozinha, na recepção, na sala de grupo, conversei individualmente com alguns dos meus interlocutores. Também travei conversas fora do equipamento de saúde mental, realizando visitas domiciliares e institucionais no programa de medidas socioeducativas em meio aberto e em um centro de tratamento para usuários de drogas. Conversar com um

adolescente quando este é obrigado a comparecer ao CAPSi é, obviamente, bem diferente do que escutá-lo em sua casa ou fora dela.

#### A estratégia do jovem usuário guia como caso traçador do cuidado

Entre idas e vindas a caminho do CAPSi, marcadas pelas inúmeras travessias pela Rodovia Presidente Dutra, estive semanalmente, entre janeiro e novembro de 2017 e entre fevereiro e junho de 2018, tentando acompanhar a trajetória dos adolescentes. Inspirada em Abrahão et al. (2016), para que conseguisse ouvir, saber e sentir o que os jovens autores de ato infracional tinham a dizer sobre o cuidado em saúde mental no CAPSi, procurei seguir a perspectiva adotada pelos autores sobre o conceito de “pesquisador in mundo”. O termo foi caracterizado por Ricardo Moebus para designar que a implicação do pesquisador é intrínseca ao objeto e, por conseguinte, à produção de conhecimento. Como prática desnaturalizadora capaz de misturar investigador e sujeitos da pesquisa, o pesquisador in mundo “emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo, é atravessado e inundado pelos encontros” (ABRAHÃO et al., 2016, p. 23), produzindo uma possibilidade de provocação que possa favorecer a reflexão sobre o cuidado. Assume-se assim uma posição onde todos os seres podem ocupar o lugar de sujeitos. Esta perspectiva possui forte inspiração etnográfica, na qual a análise dos aspectos contratransferenciais do analista-pesquisador, suas pertencas e referenciais institucionais são fundamentais no processo de produção do conhecimento.

Para tanto, trabalhamos com o terceiro procedimento metodológico da pesquisa, que diz respeito à noção de usuário guia. Na presente pesquisa, a escolha do usuário guia tem as características do caso traçador do cuidado, por ser um jovem em tratamento no CAPSi, escolhido pela equipe e que transita no serviço de medidas socioeducativas. A escolha pelo jovem usuário guia se fez utilizando como critério central ser um autor de ato infracional em tratamento de saúde mental, que cumpria ou havia cumprido medida socioeducativa. O caso traçador do cuidado se diferencia da proposta de “itinerários terapêuticos” (PINHO; PEREIRA, 2012; CABRAL et al., 2011), por não se restringir ao acompanhamento das trajetórias circunscritas aos serviços de saúde, pois envolve os distintos dispositivos pelos quais o usuário percorre.

De início, a proposta na referente pesquisa era o acompanhamento de dois casos traçadores, porém, ao longo desse processo, tive uma experiência mais intensa com o jovem Miguel<sup>16</sup>, o que me possibilitou um acesso maior a sua história. Foi junto a ele e sua família que pude vivenciar a experiência de cuidado no cotidiano da pesquisa. Após a experiência intensa, não pude ignorar os limites da minha capacidade física e psíquica, não conseguindo acompanhar o segundo caso traçador. Quando iniciei minhas “perseguições” (o ato falho aqui é proposital, já que na maior parte do tempo era essa sensação que sentia, como se estivesse perseguindo os jovens), uma questão se tornou cada vez mais proeminente: como acompanhar a trajetória de um autor de ato infracional que escapa frequentemente do tratamento do CAPSi? Dificuldade semelhante foi vivenciada por Mallart (2014) em seu estudo que buscou acompanhar a trajetória institucional de adolescentes na passagem da antiga FEBEM para Fundação CASA: “desde o instante que produzi as primeiras linhas deste trabalho, uma questão específica inquietou-me: afinal, como escrever sobre um objeto que está em constante deslocamento?” (p. 35).

*“Miguel não comparece. Minha intuição aponta que o caminho da pesquisa será tortuoso. Tento imaginar sobre a questão de seguir o adolescente. Era só ele comparecer no serviço, conseguir a sua autorização e da família e segui-lo, mas não é o que tem acontecido. Novamente estou na estaca zero. Dos dois casos que me propus a acompanhar, ainda não consegui ouvir os adolescentes. Poderia desistir ou esperar que compareçam ao serviço, mas não estaria assumindo uma postura passiva como a da própria equipe, que espera o adolescente comparecer ao tratamento?”* (Diário de Campo, 22/02/2017).

Sobre a questão do nomadismo presente em determinados grupos, Abrahão et al. (2016) destacam o trabalho da historiadora Ermínia Silva, que, em sua pesquisa de doutorado sobre a história do circo-teatro no Brasil, utilizou, além de fontes documentais como jornais, revistas e obras literárias da época, alguns artistas-guias como forma de mapear lugares, práticas e saberes que envolvem o espetáculo circense.

A escolha pelo jovem Miguel como usuário guia também se justifica por ser um caso de alta complexidade para a rede de equipamentos infantojuvenil, que trouxe como consequência um processo de várias desistências no transcurso do tratamento, já que o jovem estava inserido

---

<sup>16</sup> A escolha do nome Miguel foi sugerida pelo próprio jovem no momento da realização da entrevista. Durante a conversa, ele relatou que queria fazer uma tatuagem do arcanjo Miguel em homenagem ao filho que gostaria de ter. Desse modo, decidi usar os nomes de mais dois arcanjos, Gabriel e Rafael, para nominar os outros jovens com quem tive contato no decorrer da pesquisa.

no CAPSi desde 2011. Desde a minha entrada no CAPSi para a apresentação da proposta de pesquisa, a própria equipe considerava o jovem Miguel um caso importante para que eu pudesse acompanhá-lo. Soma-se ao fato de que eu o conhecia desde quando iniciou o tratamento, em 2011, período no qual eu trabalhava como psicóloga no CAPSi. Já na pesquisa, durante o trabalho de campo, pude acompanhá-lo efetivamente por 11 meses, conseguindo entrevistá-lo, e também sua mãe, em momentos distintos. Mesmo com o número reduzido de entrevistas gravadas, os dados “colheitados” se deram mediante as observações cotidianas feitas no CAPSi, nos encontros realizados em sua casa, na visita ao programa de liberdade assistida e nas duas visitas ao centro de recuperação para usuários de drogas, período no qual o jovem esteve internado durante o andamento da investigação.

As conversas, quando possível, foram gravadas com o consentimento dos entrevistados, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sendo aprovada no parecer consubstanciado da Plataforma Brasil, sob o CAEE nº 65.741.417.900.005.482.

### Organização dos Capítulos

No que diz respeito à disposição e à organização da tese, buscamos apresentá-la em quatro capítulos.

No primeiro capítulo, faço uma breve análise sobre a interface entre os campos da saúde mental e da justiça, apresentando as demandas dos adolescentes autores de ato infracional que chegam para tratamento no CAPSi. Para tanto, trago como referência os prontuários colhidos no serviço de saúde mental no período compreendido entre janeiro de 2016 e abril de 2018, colocando em evidência os jovens autores de ato infracional diagnosticados com transtorno de conduta e envolvidos com o uso/tráfego de drogas. A partir dos prontuários foi possível perceber o primeiro impasse em relação aos serviços de saúde mental no que se refere aos adolescentes em cumprimento de medidas: a questão da patologização dos casos, tendo a compulsoriedade do tratamento como resposta aos jovens que chegam ao serviço.

No segundo capítulo, apresento a trajetória do jovem Miguel a partir da perspectiva do caso traçador do cuidado. Para compor sua trajetória institucional, utilizo impressões produzidas no diário de campo, recortes de sua história registrados em prontuário, conversas

com profissionais do programa de medidas socioeducativas, além de recortes de entrevistas com ele e sua mãe. Ao acompanhar o percurso do jovem no CAPSi e fora dele, apresento a experiência do cuidado na pesquisa, discutindo as fragilidades no âmbito do serviço de saúde mental responsável por seu tratamento. Também trago em evidência a trajetória empreendida pela mãe do jovem, que, na busca do cuidado para com o filho, acaba por interná-lo em um centro de tratamento para usuários de drogas.

No terceiro capítulo, trago em evidência o cuidado desenvolvido no CAPSi, a partir da vivência no grupo Altos Papos, buscando problematizar a associação entre juventude, pobreza, criminalidade e drogas, a partir das minhas observações em relação aos adolescentes que frequentavam o grupo. Além disso, discuto mais dois desafios que se referem à construção do cuidado quando falamos dos jovens autores de ato infracional: a acolhida e oferta de trabalho no serviço, bem como a articulação intersetorial entre os serviços. Para compor a análise, utilizo recorte das narrativas apresentadas pelas profissionais do CAPSi.

No quarto capítulo, problematizo as mudanças empreendidas nos últimos anos a respeito da Política de Saúde Mental Infantojuvenil, que tem como efeito a descaracterização do modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A partir de um olhar sobre as práticas de cuidado no cotidiano do serviço de saúde mental e as concepções que o fundamentam, reflito sobre o CAPSi como lugar na vida dos jovens que buscam o cuidado no equipamento. Apresento as dificuldades enfrentadas em relação ao segundo caso traçador e discuto a noção de cuidado utilizada no estudo.

Para encerrar, no último subitem retorno ao objetivo da pesquisa, buscando analisar o cuidado produzido no CAPSi e os efeitos dessa lógica junto aos jovens autores de ato infracional. Partindo da interface entre os campos da saúde e da justiça, verificamos a confluência de lógicas de cuidado que se entrecruzam no cotidiano do CAPSi, práticas tradicionais que ativam o cuidado pautadas no controle e em certas moralizações da conduta dos adolescentes, bem como práticas que podem reativar o cuidado como possibilidade de expansão da vida, desde que os profissionais, a partir da escuta junto aos jovens possam valorizar suas experiências para que eles se sintam reconhecidos. Além disso, é imprescindível que os trabalhadores garantam um espaço coletivo para o cuidado de si por meio da problematização das suas próprias práticas.

## 1. VASCULHANDO O ARQUIVO DO CAPSi

Para além da orelha existe um som, à extremidade do olhar um aspecto, às pontas dos dedos um objeto – é para lá que eu vou. A ponta do lápis o traço. Onde expira um pensamento está uma ideia, ao derradeiro hálito de alegria uma outra alegria, à ponta da espada a magia – é para lá que eu vou. Na ponta dos pés o salto. Parece a história de alguém que foi e não voltou – é para lá que eu vou. Ou não vou? Vou, sim. E volto para ver como estão as coisas. Se continuam mágicas. Realidade? Eu vos espero. É para lá que eu vou. (LISPECTOR, 1999a, p. 70).

Infratores, delinquentes, desviantes. Transgressores em relação às normas. Mentres inquietas e infames que fazem uso assumido de alguma substância ilícita ou de algum remédio psicotrópico, sem o qual fica difícil acordar, dormir, ir, ou qualquer variação possível do viver. Almas presas medicadas encarnadas em existências juvenis, e que conflitam com os familiares, com os profissionais dos serviços, com a polícia e com a justiça, recusando uma vida passível de ser vivida.

\*\*\*

Julho de 2016. Interior de São Paulo, Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). A ansiedade já tomava conta do sono na noite anterior. Após dois anos, voltar ao CAPSi para apresentação da proposta de pesquisa de doutorado trazia um turbilhão de emoções e expectativas. Se, por um lado, sentia-me segura ao retornar para um local conhecido, por outro havia certo receio em relação à equipe de profissionais do serviço, que poderia concordar ou não com a pesquisa. Na época, a equipe técnica do CAPSi era composta por onze pessoas: a coordenadora, três psicólogas, uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira, uma assistente social, uma educadora social, duas técnicas de enfermagem e um médico psiquiatra. Este último, bem como as técnicas de enfermagem e uma das psicólogas, não estavam presentes naquele dia, assim não eram obrigados a participar da reunião. Desde o princípio, o problema se colocava: analisar e problematizar o cuidado em saúde mental produzido no CAPSi e os efeitos dessa lógica em relação aos adolescentes autores de ato infracional. Como pensar o tratamento para jovens considerados infratores? Tratar os intratáveis?! Acreditando que o CAPSi possuía uma “terapêutica mais eficiente” do que os outros equipamentos de saúde, a hipótese do trabalho se referia ao serviço, enquanto lugar capaz de operacionalizar novas formas de cuidado que apostassem na produção da vida, ou, ao contrário, que as ações de cuidado podem reafirmar padrões de normalização e patologização. Naquele primeiro momento levava junto ousadia, entusiasmo, idealização e talvez certa dose de otimismo. A paixão pelo trabalho com crianças e adolescentes sustentava-me o posicionamento contrário às diversas modalidades

de internação. Após a explanação da proposta do estudo, uma fala evocou pela sala e me gerou uma sensação incômoda: *mas é óbvio que o CAPSi possibilita um cuidado diferente da justiça*. Aquela frase alertou-me para a obviedade da hipótese na pesquisa, acredito que a partir daquele momento comecei a questionar minha suposição.

Contudo, ainda pairava uma dúvida no ar: a diminuição do número de encaminhamentos dos adolescentes autores de ato infracional que estavam cumprindo medida socioeducativa. As profissionais do CAPSi acreditavam que a redução estava intrinsecamente relacionada com a mudança de gerenciamento da Fundação CASA, pois a ONG que coparticipava da gestão há dois anos não mais compartilhava a gestão da unidade, tendo a Fundação assumido a gestão plena dos atendimentos. Desta forma, a equipe multiprofissional da área social, saúde e pedagógica, juntamente com o setor administrativo e os agentes socioeducativos, eram funcionários da própria unidade de internação. Para as profissionais do CAPSi, o anúncio de outra reconfiguração no modo de gerir não indicava apenas uma mudança da gestão do espaço institucional da Fundação CASA, mas acarretava também o recrudescimento das práticas autoritárias marcadas pela lógica punitiva-carcerária que privilegiava a contenção dos jovens considerados infratores. *“Houve uma redução do número de adolescentes no CAPSi, os casos que chegam são apenas para a consulta psiquiátrica. Com a saída da ONG, os adolescentes começaram a chegar algemados no serviço”* (Diário de Campo, 10/07/2016).

Se a Fundação CASA havia diminuído o número de encaminhamentos para o CAPSi nos últimos anos, no programa destinado à aplicação de medidas socioeducativas em meio aberto, os adolescentes não eram enviados para o serviço de saúde mental com tanta frequência. Na sala de reunião do CAPSi, a justificativa girava em torno da resistência das profissionais do programa de medidas<sup>17</sup>, com práticas supostamente “bem-intencionadas” supriam quaisquer

---

<sup>17</sup> A partir das diretrizes e normativas do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o atendimento aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto passa a ser ofertado no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), cabendo ao gestor municipal optar por estabelecer parcerias com entidades socioassistenciais para a execução de medidas de LA e PSC. No caso do município no qual ocorreu a pesquisa, o programa de medidas socioeducativas é executado por uma entidade filantrópica sem fins lucrativos fundada em 1919. A história da entidade acompanha as transformações no que diz respeito às políticas de proteção e assistência à infância e juventude pobres no Brasil. Durante décadas o local abrigou centenas de meninas “órfãs e abandonadas”. As preocupações referentes à criança e à adolescência pobre vem de longa data. Marçílio (1998) identifica o período colonial até meados do século XIX, como a fase caritativa de assistência à infância, marcada por sentimentos de inspiração religiosa por meio da fraternidade e caridade, além de ações imediatistas e de boas intenções. Por sua vez, a fase filantrópica se inicia no começo do século XX, com o Estado passando gradativamente a interferir e se preocupar com o cuidado aos abandonados. Sob uma nova concepção de assistência, as ciências médicas e jurídicas se aliam reformulando práticas e comportamentos arcaicos, dando ênfase à cientificidade da filantropia. Já a fase de bem-estar social ocorreu no século XX, onde as políticas destinadas à infância, no Estado Novo, configuraram ações de tutela e proteção, ampliadas pela

possibilidades de atendimento ao autor de ato infracional. Mais tarde, eu iria perceber que essa suposição era um tanto simplista. Diria até superficial.

De fato, a partir do ano de 2014, com a saída da ONG GASE da gestão compartilhada da Fundação CASA, nota-se a redução progressiva dos adolescentes cumprindo medida socioeducativa de internação que são encaminhados para o CAPSi e, sobretudo, daqueles cumprindo liberdade assistida e/ou prestação de serviço à comunidade.

Segundo o livro de registro de prontuários do CAPSi, ao longo de 2014, o serviço recebeu um total de 259 casos novos, sendo 3 adolescentes encaminhados diretamente pela Fundação CASA e 2 encaminhados pela entidade filantrópica. Em 2015, 225 crianças e adolescentes foram enviados para tratamento no serviço de saúde mental, sendo que 6 vieram da unidade de internação e 2 do programa de medidas em meio aberto. Encerrado o ano de 2016, dos 386 casos novos, 5 eram provenientes unicamente da Fundação CASA, já que não consta nenhum encaminhamento realizado pelo programa de medidas em meio aberto. Já em 2017, do total de 364 usuários, apenas 2 adolescentes foram encaminhados para o CAPSi pela unidade básica de saúde, através de ofício da Defensoria Pública. Como já relatado, em 2018 não foi possível contabilizar o número total de crianças e adolescentes que chegaram ao CAPSi, porém, até abril do referido ano, verificamos o acolhimento de apenas 1 adolescente em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto encaminhado pelo conselho tutelar. Podemos observar que, a partir do ano de 2016, há um aparente decréscimo dos adolescentes que tiveram acesso pela primeira vez ao CAPSi encaminhados pelos serviços de medidas socioeducativas. O que os dados querem dizer? O que se passa no cotidiano dos serviços? Se os números apontam para a diminuição de adolescentes autores de ato infracional que necessitam de atendimento em saúde mental, então os serviços de medidas estão encontrando ações de saúde desenvolvidas intramuros ou, ainda, estão buscando alternativas que não necessariamente passam pelo acesso aos serviços substitutivos, como o CAPSi. Porém, não resta dúvida de que os jovens considerados infratores, mesmo não sendo encaminhados diretamente pelos serviços de medidas socioeducativas, acabavam aportando no CAPSi, seja porque eram casos que foram atendidos anteriormente, retornando ao serviço de saúde mental por solicitação da família, ou eram enviados pelos distintos equipamentos de saúde, assistência e justiça nos quais estavam transitando no momento.

---

regulamentação e pela criação de diversas instituições públicas voltadas à primeira infância. Para um histórico das políticas públicas destinadas à infância e juventude, ver Marcílio (1988) e Rizzini (2008).

À medida que a reunião ocorria, as lembranças de alguns casos ressoavam nas falas das profissionais. Contaram sobre o adolescente Miguel, que comparecia ao serviço de saúde mental de forma irregular, mas a mãe frequentava o grupo de família. O adolescente era usuário de drogas e já tinha cumprido medida socioeducativa em meio aberto e, no momento, tinha um vínculo importante com uma das profissionais do serviço. A equipe disse que a mãe encontrava diversas estratégias para protegê-lo, como mudar com frequência de bairro para esconder o filho tanto por conta dos gerentes do tráfico, quanto pelo próprio sistema de justiça, já que o adolescente havia abandonado o cumprimento de medida de liberdade assistida. Lembraram-se do adolescente Gabriel, que chegou ao CAPSi em meados de 2013, com queixa inicial de agressividade, dificuldade de seguir regras e limites no contexto escolar e familiar. Com o passar dos anos, após idas e vindas ao equipamento de saúde, a queixa de Gabriel se modificava, atualmente fazia uso de distintas substâncias, como tabaco, maconha, lança-perfume e cocaína, envolvimento no tráfico de drogas, além de ter histórico de furtos e roubos. De certa forma, sua entrada e saída no sistema de saúde mental estavam intrinsecamente relacionadas com suas passagens pelo sistema de justiça juvenil, e por ora cumpria medida de internação na Fundação CASA, estando em tratamento no serviço de saúde. Vasculhar a memória fazia parte daquele encontro. O nome de Isabel foi pronunciado pela equipe. Acompanhei a adolescente no CAPSi em 2012 e nos anos posteriores. Enquanto profissional de referência do caso, pude conhecer os percalços da sua trajetória. Cheia de mistérios e dores, Isabel me contou sua história: uso de cocaína, tráfico de drogas, furtos, abuso e exploração sexual. Alojada nos subterfúgios da cidade, ora na rua, ora na boate, ora na boca de fumo, Isabel era uma adolescente considerada transgressora, delinquente, fora da ordem, que recusava veementemente os modelos instituídos de família, escola e sexualidade. Após cumprir medida socioeducativa em meio aberto, a adolescente teve um filho e a família havia retornado ao CAPSi, solicitando orientação da equipe, mesmo Isabel não estando mais em atendimento no serviço. Ao que parece, o pai da adolescente queria uma orientação da equipe, pois tinha o interesse em conseguir a guarda do neto.

Eu os conhecia desde a época em que trabalhava no CAPSi. Guardava na memória as histórias de suas façanhas.

Ao fim da conversa, a equipe concordou com a minha entrada para a realização da pesquisa. De modo geral, percebi que o fato de eu ter feito parte da equipe entre os anos de 2011 e 2014, bem como de se reconhecer a importância do trabalho em saúde mental, foram fatores essenciais para que fosse aprovada minha presença no dia a dia do CAPSi.

Deste modo, em janeiro de 2017 retornei ao CAPSi a fim de iniciar a pesquisa de doutorado. Minha posição como pesquisadora/psicóloga trouxe à tona afetos presentes no tempo em que estive envolvida com o ato de pesquisar, mesmo distante do cotidiano do serviço de saúde. A princípio procurava manter certa distância, na tentativa de ocupar um determinado lugar de pesquisadora, ao mesmo tempo em que buscava esquivar-me da função de trabalhadora do CAPSi. Contudo, durante a permanência no serviço, entrando em contato com os relatos de vidas dos adolescentes e de suas famílias, com seus dilemas nos estabelecimentos de saúde, justiça e assistência social, vivenciando o cotidiano de trabalho, me vi diante de certas contradições. Nesse processo, explícito que a minha relação com o CAPSi pesquisado é afetiva e política, seja com os usuários e familiares atendidos, seja com os trabalhadores que atuam no local. Afetiva pelos vínculos de amizade construídos, além dos recortes estritos da pesquisa, e política por acreditar no CAPS infantojuvenil enquanto campo de intervenção capaz de produzir questionamentos e problematizações permanentes. Aos poucos fui percebendo que o conhecimento sobre as ações de cuidado dos trabalhadores não se restringia apenas ao seu saber-fazer, mas também à minha própria implicação no processo da investigação. Caso contrário, poderia cair no risco de um certo basismo<sup>18</sup>, como nos sugerem Heckert e Passos (2009). Como analisar as implicações em um campo de conhecimento permeado por relações efetivamente afetivas, sociais, históricas e políticas? A direção nos é indicada por Lourau (1993), que apresenta o conceito de implicação definido como o conjunto de relações em que o intelectual implicado analisa seus pertencimentos com o seu objeto de estudo, com o local em que se realiza a pesquisa, com o dinheiro, com o poder, com a sua libido, em suma, nos vários lugares que ocupa na vida para além do campo de investigação. O autor chama atenção para o fato de que as posições conservadoras que regem as ciências sociais estão baseadas na noção de desimplicação, que pode ter como um de seus efeitos a dificuldade de se processarem análises de implicações, sendo poucas as perspectivas científicas que questionam acerca da posição do pesquisador diante das condições de sua produção. Nesse caminho, Lourau afirma que o maior escândalo da Análise Institucional é o conceito de análise de implicações, pois ela rompe com essa tradição, ao apresentar um intelectual implicado, na medida em que o próprio pesquisador/interventor já está implicado no campo de pesquisa e que sua intervenção modifica, altera e transforma o conhecimento. A partir do lema “todo conhecer é um fazer” (PAULON,

---

<sup>18</sup> Heckert e Barros (2009) caracterizam o basismo como a compreensão de que todo saber, e a suposta verdade acerca do conhecimento, está concentrado exclusivamente em um determinado polo pesquisado, seja focalizado nos estudantes, no povo ou, no caso da referente pesquisa, nos profissionais que atuam no CAPS infantojuvenil.

2005, p. 22), o ato de pesquisar, portanto, é o que confere o estatuto de cientificidade ao trabalho de pesquisa. Na defesa de uma pesquisa que analise suas implicações, uma vez que implicados somos todos, Lourau (1993) é enfático ao dizer que “a neutralidade axiológica, a decantada objetividade, não existe”, e prossegue comentando sobre a necessidade de “mostrar as implicações do pesquisador em situação de pesquisa como o essencial do trabalho científico (mesmo tais implicações sendo negadas).” (p. 16).

Inicialmente tentei me apropriar de prontuários que indicassem casos de adolescentes que cometeram atos infracionais e que cumpriam ou haviam cumprido medidas socioeducativas. Para acompanhar os jovens, e sobretudo suas trajetórias, a condição primordial referia-se ao fato de que eles deveriam estar inseridos no CAPS infantojuvenil. Assim, durante o período dedicado à “colheita” de dados, entre janeiro de 2017 e os meses de janeiro a abril de 2018, à medida que o adolescente autor de ato infracional enredado no sistema socioeducativo era inserido em tratamento no CAPS infantojuvenil, a equipe me acionava para que eu pudesse iniciar o processo de aproximação com o jovem. Contudo, optei por realizar um prévio levantamento dos casos relativo ao ano de 2016, pois a princípio supunha que os documentos selecionados no ano citado me levariam com certa facilidade aos adolescentes que permaneciam em tratamento no CAPSi em 2017, porém, em contato com os prontuários, deparei-me com uma situação cada vez mais recorrente no serviço: a recusa e/ou abandono do tratamento em saúde mental pelo jovem, após a cessação da medida socioeducativa.

De todo modo, tomei como ponto de partida o ano de 2016 para a pesquisa de prontuários, assim como acrescentei o prontuário de 01 adolescente que desde 2011 permaneceu em tratamento no serviço até 2018. Para a pesquisa de documentos, foi levantado um total de 13 prontuários referentes aos anos de 2011 (01 prontuário), 2016 (09 prontuários), 2017 (02 prontuários) e 2018 (01 prontuário), e que atendiam, a princípio, aos critérios de inclusão da pesquisa. Em relação aos dados contidos nos prontuários, foram coletados os seguintes itens: data de entrada no CAPSi, data de nascimento, fonte de encaminhamento, queixa apresentada, hipótese diagnóstica recebida ao chegar no serviço de saúde mental, relatórios provenientes dos serviços que solicitaram acolhimento e conduta tomada pela equipe do CAPSi, como, por exemplo, a proposta de tratamento ofertada. Além desses itens, constavam nos prontuários os seguintes dados: informante (pessoa que fornece informações sobre o adolescente durante o acolhimento), informações escolares, dados gerais do desenvolvimento (questões relacionadas ao âmbito da saúde), aspectos relacionados à rotina diária, realização de outros tratamentos, expectativa do responsável em relação ao tratamento no CAPSi. No entanto,

priorizamos apenas os primeiros itens citados, pois o intuito era realizar somente um breve panorama dos casos dos adolescentes autores de ato infracional que eram atendidos no CAPSi.

Sem a intenção de analisarmos os dados provenientes dos prontuários, trataremos um breve recorte de alguns elementos contidos nos documentos. De acordo com a faixa etária dos 13 prontuários consultados, apenas 01 adolescente possuía a idade de 14 anos, 2 adolescentes tinham 15 anos e 10 jovens estavam com 17 anos; nesse caso observamos que, no serviço de saúde mental, não havia usuários em atendimento com idade superior a 18 anos completos. As queixas mais relatadas pelos informantes a respeito dos jovens autores de ato infracional foram: agressividade, agitação, uso de drogas, atos de vandalismo e realização de furtos e roubos.

No que se refere às hipóteses diagnósticas que aparecem nos prontuários do CAPSi, com base na Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (OMS, 2012), critério adotado para registro dos usuários no serviço, constatamos que os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F.19) são as principais hipóteses diagnósticas, seguidos de transtorno de conduta (F.91), associado com transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (F.19). As outras hipóteses diagnósticas referem-se ao diagnóstico de observação por suspeita de transtornos mentais e de comportamento (Z03.2), diagnóstico de transtorno do funcionamento social com início especificamente durante a infância e a adolescência (F.94), episódios depressivos (F.32), transtorno esquizoafetivo (F.25), transtorno de personalidade com instabilidade emocional (F.60.3) e retardo mental (F.70).

Dentre as condutas adotadas pela equipe, à época do levantamento dos prontuários, predominava o atendimento grupal, seguido de avaliação psiquiátrica e avaliação individual. Em relação ao grupo familiar os procedimentos adotados se referiam a orientação, atendimento familiar e inclusão no grupo de família. Nota-se que em dois casos foi solicitado pelos serviços encaminhados o pedido de avaliação psiquiátrica, porém a equipe do CAPSi não verificou a necessidade do atendimento, portanto, não atendeu à demanda requerida.

Importante assinalar que, apesar do universo de 13 prontuários levantados, no momento *a posteriori*, para acompanhamentos dos casos, apenas 05 adolescentes permaneceram no serviço para que eu pudesse negociar a participação no estudo. Desse modo, pude perceber a fragilidade na adesão e continuidade do tratamento caso o adolescente, após desinternação na Fundação CASA, retornasse para sua família ou recebesse a progressão para a medida de liberdade assistida (no município no qual foi realizada a pesquisa não consta a medida de

semiliberdade), caracterizando dessa forma um *continuum* de medida<sup>19</sup>. Em relação à progressão da medida socioeducativa, Augusto (2013), analisando Moura (2005) e Santos (2006), pontua sobre pesquisas realizadas na antiga FEBEM-SP, no período compreendido entre 1995 e 2004, mostrando que o número de internações aumentou significativamente de lá para cá e que a liberdade assistida é largamente utilizada como sobrepena associada a outras medidas, como a semiliberdade e a própria internação.

“Teve alta da Fundação Casa em março, por esse motivo não veio à consulta psiquiátrica. Diante do exposto o caso é desligado por abandono de tratamento” (Prontuário nº 2006).

“Avó pontua recusa por parte do adolescente em comparecer ao serviço. Realizadas visitas domiciliares com o intuito de sensibilizar o adolescente para a necessidade de tratamento. Diante do exposto, caso recebe alta por falta de adesão ao tratamento, estando o Capsi a disposição para novas intervenções” (Prontuário nº 2247).

“Técnica da Fundação Casa entra em contato com o serviço e informa sobre a evasão do adolescente na medida de semiliberdade, porém pontua a possibilidade do mesmo querer dar continuidade ao tratamento. Diante do exposto, caso recebe alta por não adesão.” (Prontuário nº 2255).

Destaca-se ainda que a descontinuidade no tratamento de saúde pode ter relação com a fragilidade para pactuação do acesso dos adolescentes à rede de atenção primária, principalmente nas unidades de privação de liberdade. As equipes técnicas socioeducativas que atuam nas unidades de internação, por sua vez, devem garantir uma referência na rede de atenção à saúde pública externa, a fim de garantir, mesmo de forma complementar, a realização de ações coletivas de promoção e de educação em saúde na lógica do SUS, viabilizando o acesso aos serviços da rede, em alinhamento às políticas de saúde, como prevê a PNAISARI (2014). A legislação ressalta a necessidade de estimular ações intersetoriais para a responsabilização conjunta entre as equipes de saúde e o sistema socioeducativo, para o cuidado dos adolescentes autores de ato infracional no contexto ao qual estão inseridos. Do mesmo

---

<sup>19</sup> Importante ressaltar que a possibilidade de substituição de uma medida socioeducativa por outra menos severa tem sido uma prática frequentemente adotada no âmbito da justiça juvenil. Embora não se refira expressamente à conversão da medida socioeducativa, o ECA dá margem ao princípio da progressividade em pelo menos dois artigos: no artigo 113, ao fazer referência ao artigo 99, que prevê a possibilidade de substituição das medidas a qualquer tempo, e no artigo 120, o qual coloca a medida de semiliberdade como forma de transição para o meio aberto. Contudo, a progressão de medida socioeducativa, tal como é realizada atualmente, encontra-se revestida de distorções no que se refere aos direitos e garantias processuais dos adolescentes autores de ato infracional. Tendo em vista que a medida de internação não comporta prazos predefinidos, mas sua duração máxima é de três anos, a autoridade judicial pode deliberar a continuidade da punição, determinando que o adolescente cumpra tempo adicional em medida de semiliberdade ou liberdade assistida, tornando muitas vezes a medida socioeducativa aplicada ao jovem uma pena maior do que a que receberia se fosse adulto. Contradição do Direito chancelada pelo próprio ECA (Guia Teórico e Prático de Medidas Socioeducativas, 2004).

modo pode ocorrer, por parte dos adolescentes, ruptura com o tratamento no serviço de saúde, por ocasião do encerramento ou mudança de medida com vias de retorno para casa (VICENTIN; GRAMKOW, 2010). Nesse caso, não é raro que a unidade de internação seja próxima da residência do jovem. Para tanto, dado o caráter das políticas de saúde e de saúde mental no território, é fundamental a construção de “projetos terapêuticos singulares e flexíveis” (VICENTIN; GRAMKOW, 2010), a fim de prosseguir com a continuidade no processo de tratamento.

A caracterização do tratamento como pena torna-se cada vez mais evidente quando a terapêutica instalada parece se revestir de um caráter compulsório, com vínculo precário e frágil para o atendimento do adolescente. Na medida em que o jovem, pelas instâncias da lei e da ordem, está privado de escolhas, o desrespeito ao caráter voluntário do tratamento de saúde pode se tornar um recurso de controle social para mantê-lo o mais dócil possível. Porém, não se trata de negar que a justiça pode ser uma das vias de acesso para o serviço de saúde mental, tendo em vista os efeitos desencadeados pela própria experiência do cárcere (insônia, ansiedade, crises de abstinência pelo uso de drogas, sintomas depressivos), mas de reconhecer a duplicidade do papel desempenhado pela ordem judicial, tal como demonstram Scisleski, Maraschin e Silva (2008): se por um lado é um procedimento que oferece uma estratégia de acesso ao serviço de saúde, por outro, por vezes é utilizado como uma espécie de punição, no sentido de o encaminhamento servir como um recurso auxiliar à disciplinarização dos jovens. Há, portanto, alguns impasses e desafios colocados aos serviços de saúde mental no que se refere aos adolescentes em situação de cumprimento de medidas, que vão desde a compulsoriedade no tratamento em resposta aos diagnósticos psicopatológicos, dificuldades em relação às terapêuticas oferecidas, até a fragilidade na articulação intersetorial entre o sistema socioeducativo e o sistema de saúde, bem como os outros setores que ofertam serviços para o público juvenil.

### **1.1 Embarço 1: A patologização do jovem autor de ato infracional**

Nesse ponto, ponderamos a necessidade de conferir a atenção para o chamado “transtorno de conduta”, categoria psiquiátrica que aparece com certa regularidade nos prontuários do CAPSi, reforçando a composição entre ato infracional e transtorno mental. *“Tentando anotar as evoluções descritas nas folhas de registros e acreditando (ainda) na minha oculta necessidade de transcrever exaustivamente, fui reconhecendo o transtorno de*

*conduta enquanto crivo psiquiátrico dos adolescentes oriundos do sistema socioeducativo.*” (Diário de Campo, 25/03/2017).

Tendo em vista o rol de doenças que compõem a classe dos transtornos de comportamento específico da infância e adolescência da Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (OMS, 2012) e os transtornos disruptivos de controle, de impulso e de conduta do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), tal critério psicopatológico, associado aos níveis excessivos de agressividade e insubmissão de toda a ordem, estabelece os contornos moldáveis e moduláveis para os chamados atos antissociais. Os que são diagnosticados com “transtornos de conduta”, identificados pelos seus comportamentos disruptivos, evocam e questionam limites corporais, espaciais e morais, impulsionando a criação de estratégias de segurança, mas também de saúde, na tentativa de recuperá-los frente às crescentes demandas de normalização e controle do tecido social.

Percebemos, pelos prontuários do serviço de saúde mental, que ainda são frequentes as teses explicativas sobre a causalidade do transtorno, localizando-o na clássica repetição família-indivíduo-ambiente, estabelecendo um ciclo de difícil interrupção: “mãe fala que adolescente está com más companhias”, “adolescente, juntamente com um colega de escola, passou um trote na mãe do colega, dizendo que o filho dela foi sequestrado”, “após a morte do pai, houve alteração no comportamento”. Outras explicações casuísticas também são reveladas: “percebe que é nervoso e intolerante”, “já agrediu a genitora, na escola também agredia os colegas”, “tem dois tios presos”, “genitor também está preso por SPA (substância psicoativa) e tráfico”, “não se concentra, disperso na escola”, “não obedece regras em casa, fica agressivo”, “vai para a rua”, “mãe não consegue ter controle sobre o filho”, “o pai foi usuário de maconha”, “o avô materno é alcoólatra”, “já chegou a levar uma faca na mochila para matar um colega de escola”.

A mistura dos fragmentos sinaliza para a percepção de que existem, ao mesmo tempo, dois “perfis” específicos de adolescentes nos registros do CAPSi: aquele que foi conduzido a cometer a infração pelas circunstâncias da vida ou pelas amizades, e aquele que teria uma tendência a ser infrator.

Pode-se dizer que a proliferação do diagnóstico de transtorno de conduta no campo da saúde mental infantojuvenil aponta para um novo perfil do adolescente autor do ato infracional (BENTES, 1999; JÓIA, 2014; VICENTIN; ASSIS; JÓIA, 2015), sendo possível afirmar que o transtorno de conduta aparece como um indicador de risco para um transtorno mais grave, o transtorno de personalidade antissocial (TPAS). Cabe, então, um questionamento sobre o

diagnóstico de transtorno de conduta associado ao prognóstico irrecuperável do transtorno de personalidade antissocial. Existe algum “sinal de alerta” que permita identificar se o conjunto de comportamentos transgressores na infância-adolescência se cronifique, podendo ser visto como um indicador de uma patologia psiquiátrica, como o TPAS, na fase adulta da vida? Como bem nos alerta Bentes (1999), nem todos os sujeitos adultos que apresentam transtornos de personalidade tiveram na infância transtorno de conduta, bem como nem todas as crianças diagnosticadas com transtornos de conduta terão necessariamente transtorno de personalidade. Contudo, a experiência em São Paulo tem nos mostrado uma lógica perversa em relação aos adolescentes-jovens autores de atos infracionais graves diagnosticados com TPAS e/ou possuidores de alta periculosidade. Para tais jovens, tidos como infratores que não se adaptam à rotina institucional e são resistentes aos projetos socioeducativos e intervenções terapêuticas, o governo paulista construiu uma unidade de internação onde o tratamento psiquiátrico vem sendo realizado no próprio local, com contenção.<sup>20</sup> Interessa pontuar, por ora, que componentes no âmbito da saúde mental e da justiça expandiram para a esfera da educação, a fim de sinalizar conexões imediatas em relação à detecção de distúrbios psiquiátricos, de modo a impedir ou minimizar comportamentos transgressores. Seguindo o processo capilar das chamadas práticas de medicalização da vida (detecção precoce, uso de psicotrópicos), a proposta segue na prevenção e contenção da violência, indo na direção da gestão dos corpos de alunos e alunas no ambiente escolar, na relação com os professores e os familiares.

Retornando à temática do adolescente autor de ato infracional na interface entre os campos da saúde e da justiça, tendo em vista os crescentes processos de medicalização e de psiquiatrização generalizada da criminalidade juvenil, especialmente por meio do diagnóstico de Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS) e da noção de periculosidade, é por meio das análises de Vicentin, Gramkow e Rosa (2010) e Gramkow (2011) que encontraremos a presença de um elevado número de jovens com diagnósticos diversos de transtorno mental sem o devido tratamento especializado, sob regime de internação na então FEBEM-SP. Podemos, com isso, constatar a mudança ao longo do tempo nas categorias nosológicas psiquiátricas internadas/atendidas. Como destacam as autoras em um primeiro momento (1999-2001), é

---

<sup>20</sup> A fundação da Unidade Experimental de Saúde (UES), num convênio entre as Secretarias de Saúde, Justiça e Administração Penitenciária, deflagra a ordenação da revigorada parceria no campo psi-jurídico como justificativa ao tratamento compulsório aos jovens autores de ato infracional, com demandas de saúde mental e que cumpriram medida socioeducativa, mas que tiveram sua medida revertida em protetiva, por apresentarem transtorno de personalidade. Sustentada pelo argumento da periculosidade e da defesa social, a “fórmula UES” aponta para duas linhas que se entrecruzam: a do perigo social e a do investimento ao tratamento. Para maiores detalhes sobre a criação e o funcionamento da UES, sugiro a leitura de Gramkow (2011) e Vicentin, Gramkow e Rosa (2010).

interessante notar a assistência privilegiadamente de casos de psicose, deficiências “mentais” e dependência de drogas, retratando um público com transtornos mentais clássicos. Noutro momento (2002-2004), os casos referiam-se ao diagnóstico de TPAS, levando a população diagnosticada às perícias visando à aferição dos graus de periculosidade, o que correspondeu ao encaminhamento dos jovens para as mais diversas instâncias, como: o Instituto de Medicina Social e Criminologia (IMESC) para a realização de laudos psiquiátricos solicitados pelo judiciário; o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP para atenção psiquiátrica em todas as unidades da FEBEM na capital e uma no interior do estado; cooperação com o departamento de Psiquiatria da UNIFESP para acompanhamento e supervisão dos profissionais no atendimento psicológico e social dos adolescentes; construção da UES para adolescentes que apresentam problemas de comportamento e parceria com a Sociedade de Rorschach. Esta última ainda se mantém para os internos da Fundação CASA que são enviados para avaliação psicológica e neuropsicológica. Simultaneamente ao diagnóstico do TPAS, Gramkow (2011) identificou outro deslocamento: a internação compulsória da “população FEBEM” envolvida com o uso de álcool e outras drogas com demanda por tratamento não atendida na rede hospitalar. Ante os casos de dependência de drogas, fazem-se necessárias a ampliação e a criação de serviços de atendimento para jovens que necessitem ficar internados em clínicas ou locais especializados. Embora a excepcionalidade continue sendo a condição para a internação, na prática, como aponta Gramkow, os casos com o diagnóstico de TPAS ou mesmo aqueles com diagnóstico de “dependência química” se tornam recorrentes; a fim de se ajustar à nova demanda, as normas se modificam mesmo que as resoluções e legislações propaguem o contrário.

Percebemos, a partir dessas análises, questões relativas às demandas do sistema de justiça em relação à saúde mental, tendo como ênfase a dimensão criminológica para o tratamento dos autores de ato infracional, principalmente aqueles diagnosticados com transtorno de conduta e TPAS. Em outras palavras, a associação entre transtorno mental e ato infracional torna-se inevitável. Psiquiatria e justiça se articulam dando lugar ao que podemos caracterizar como constituição do adolescente infrator, a partir da configuração de uma infância perigosa percebida como delinquente, que deveria ser isolada da infância em perigo, ou seja, aquela que ainda não delinuiu, mas pode vir a fazê-lo e, portanto, deve ser tutelada.

Para que se possa entender como foi sendo produzida e consolidada tal relação, reconstituiremos certas características que dizem respeito às fronteiras difusas e bastante estreitas entre saúde mental, caracterizada pela medicina legal, particularmente pela psiquiatria,

e o campo da justiça penal, por meio do discurso criminológico clássico, assim como algumas teorias que, desde os meados do século XIX e início do XX, pretenderam identificar os chamados atos antissociais no corpo do delinquente. Discursividade “renovada” com a produção dos “novos perigosos”?! Afinal, “nem tudo é inteiramente desconhecido ou novo no presente da medicina” (FERLA, 2009, p. 10).

## 1.2 Entre a saúde e a justiça, o que pode nossa vã filosofia?

Queríamos estudar a história das relações entre psiquiatria e justiça penal. No caminho encontramos o caso Rivière (FOUCAULT, 1982, p. IX). O encontro de Foucault, mais precisamente com o “dossiê” Rivière, ocorreu a partir da publicação, em 1836, de um resumo dos fatos e perícias médico-legais sobre um jovem camponês que matou a golpes de foice a mãe, a irmã e o irmão. Preso, Rivière escreveu um longo depoimento, mesmo mal sabendo ler e escrever, sobre as razões de seu ato. O dossiê compreende um “certo número de elementos extraordinários”, incluindo a transcrição de três relatórios, nos quais autoridades médicas da época se pronunciaram sobre o caso pelo ponto de vista psiquiátrico; declarações obtidas pelos habitantes, testemunhas que foram interrogadas sobre a vida, a personalidade e hábitos do acusado e, por fim, um memorial redigido pelo próprio autor do crime. Tal conjunto de documentos foram trazidos à luz por Foucault em um seminário no College de France em 1973, sendo posteriormente organizado e publicado pelo filósofo francês.

Ao se deter por mais de um ano sobre o dossiê, mesmo afirmando que o caso nunca se tornou um clássico da psiquiatria penal, Foucault (1982) demonstra como o manuscrito de Rivière se forma por meio do entrecruzamento de discursos heterogêneos da medicina, da psicopatologia em suas relações com a instituição judiciária, delineando um conjunto de táticas que tentam recobri-lo, inseri-lo e classificá-lo como louco ou criminoso.<sup>21</sup> Tais jogos de saber-

---

<sup>21</sup> Passaram-se mais de dois séculos desde que o caso Rivière foi analisado pelos saberes-poderes jurídico e médico-psiquiátrico, trazendo em evidência o confronto entre os tipos de discursos: culpado, logo criminoso, ou inocente, porém louco. Ainda hoje, no século XXI, vemos como os distintos discursos aparecem reatualizados na realidade brasileira. Em 2018, o então candidato a presidente da República Jair Bolsonaro, do PSL, foi esfaqueado enquanto realizava uma campanha nas ruas. Bolsonaro representa a extrema-direita nas eleições, mostrando em cada declaração falas permeadas de violência, autoritarismo e preconceitos. Adélio Bispo, o acusado, foi filiado ao partido da esquerda PSOL e está sendo enquadrado na Lei de Segurança Nacional, indiciado pelo crime de atentado pessoal por inconformismo. Buscas realizadas em seu Facebook mostram críticas ao candidato da direita, bem como, de forma genérica, a outros candidatos e à maçonaria. Além disso, segundo declarações, Bispo diz ter esfaqueado Bolsonaro “a mando de Deus”. A família do acusado endossa o relato de insanidade, lembrando que “ele já pegou uma faca pra irmã dele”. A dúvida que tem atravessado uma parcela dos brasileiros distorce a problemática da questão: Será que ele esfaqueou o Bolsonaro porque é de esquerda, ou porque tem algum distúrbio? Nesse caso, ser de esquerda o transforma em indivíduo criminoso. In:

poder, porém, não se dão sem confronto, mas a partir de uma luta singular, “uma batalha de discursos e através de discursos” (p. XII). Trata-se claramente disso, com Pierre Rivière em torno do crime de parricídio se produz uma série de escrituras médicas, judiciárias, psicológicas, criminalísticas, que vão se justapor à pilha de documentos pesquisados por Foucault.

Levando em consideração o contexto no qual ocorreu o caso Rivière, bem como os casos de parricídios julgados nos tribunais de júri da época, observa-se, desde a segunda metade do século XIX, que os homens da ciência mantiveram um intenso diálogo entre os discursos médico e jurídico, estabelecendo correlações, mas mantendo certas distinções. Em *Criminologia e Subjetividade no Brasil*, Rauter (2003) propõe discutir a implementação do discurso criminológico a partir de elementos que foram sendo incorporados ao ambiente jurídico a partir do século XIX. O acasalamento entre os saberes jurídicos e médicos instituiu a aliança entre corpo doente e crime, tendo o crescimento da importância da figura do médico não somente junto às instituições judiciárias, mas no mundo urbano. A marca cada vez mais incisiva do discurso médico se apresenta ao mesmo tempo enquanto uma tecnologia não repressora, de gestão e controle sobre as populações, mas também enquanto uma tecnologia higienista, ganhando um lugar de *status* científico na urbe. Nas palavras da autora, sob o impacto das ciências humanas, a criminologia enquanto especialidade da justiça representa uma transformação do direito penal; já a psiquiatria disputa com o direito penal a capacidade de gerir os corpos criminosos, através da consolidação do saber médico que afirma uma relação cada vez mais íntima entre crime e doença mental. Semelhanças e diferenças são marcas que realçam a mistura dessa relação:

Semelhante porque vai dotar o Judiciário de meios técnicos para que mais e mais se fale em prender para tratar do que punir. Diverso porque a tentativa da psiquiatria será a de colocar o juiz, de certo modo, sob a tutela do psiquiatra, o que levará as duas técnicas de sequestro – como as denominamos – a um confronto permanente, com alianças estratégicas em vários momentos, mas nunca sem conflito. (RAUTER, 2003, p. 44).

Influências iniciadas pelas teorizações francesas de Esquirol sobre as monomanias e as de Morel sobre as degenerescências começam a ganhar fôlego para as ideias por vir. Ampliando a noção de alienação mental, Esquirol elaborou uma nova concepção da loucura, impondo sua marca em todo o século XIX<sup>22</sup>. Castel (1982) nos convoca a refletir, na nota intitulada “Os

---

FOLHA DE S. PAULO. São Paulo: 2018. Disponível em: <<https://comentarios1.folha.uol.com.br/comentarios/6085656?skin=folhaonline>>. Acesso em: 09 set. 2018.

<sup>22</sup> Não se trata aqui de retrair a história da medicina mental nascente, mas somente de realizar um breve recorte relativo às formulações teóricas advindas da França em meados do século XIX, que de certa forma tornaram-se pertinentes na consolidação das fronteiras médico-jurídicas engendradas no Brasil. Inicialmente com Pinel, a

médicos e os juízes”, sobre as formulações de Esquirol em relação às monomanias. Frente a uma nova face de comportamentos que escapavam, as “monomanias” foram equiparadas a uma espécie de loucura sem delírio, ou a um delírio parcial, ou ainda a um delírio da razão, e pensadas enquanto uma patologia dos sentimentos e da vontade sem perturbações intelectuais. Com o distúrbio de monomania, um número cada vez maior de atos e indivíduos serão incluídos nessa categoria patológica, trazendo para o campo da psiquiatria domínios restritos à esfera jurídica. Ao livrar das malhas da justiça o monomaníaco, a psiquiatria torna-os indivíduos insuficientemente responsáveis, acentuando o caráter incurável do diagnóstico. Retornando ao caso Rivière, Foucault (1982) nos alerta: visivelmente engajado na tarefa de psicopatologizar, graças a Esquirol, Pierre Rivière foi transformado em demente com a finalidade de afastá-lo da pena de morte, que tão cuidadosamente havia procurado. Contudo, é importante reconhecer que a noção de monomania foi amplamente contestada tanto pelos juristas quanto pelos próprios médicos especialistas da época, devido à zona obscura de sinais constitutivos permaneceu nutrindo uma incerteza sobre a semiologia do transtorno.

Com Morel, ampliam-se as possibilidades de intervenção da medicina, ao propagar sua tese sobre a degeneração. Entre o indivíduo normal e o degenerado haveria um *continuum* de possibilidades. Assim, gênios, excêntricos, imbecis, santos, criminosos, imorais, perversos sexuais e loucos foram incluídos na categoria de degenerados. Fundamentalmente a questão da incurabilidade do indivíduo criminoso reaparece tanto nas ideias de Esquirol quanto nas de Morel. Dentro de uma perspectiva fortemente marcada pelo determinismo biológico, as degenerescências foram reconhecidas enquanto desvios do comportamento humano transmitidos hereditariamente. Expressões relacionadas à teoria microbiológica da doença, como o “criminoso é o micróbio” e “o meio social é o caldo da cultura da criminalidade” (ARAGÃO, 1963 apud RAUTER, 2003, p. 61), serviram de base para reforçar que em ambientes nocivos, incluindo as más condições higiênicas e os vícios morais, o “criminoso-micróbio” pode encontrar o meio propício para transformar em realidade o seu potencial maléfico (FERLA, 2009, p. 26). Estamos diante de uma concepção segundo a qual o meio social está impregnado de fenômenos perturbadores geradores de crime.

---

loucura foi transformada em um fenômeno médico e com isso passível de intervenção especializada. Pinel distinguiu a *mania sem delírio*, caracterizada pela preservação das funções cognitivas sem alteração das funções afetivas e com registros de atos violentos, e a *mania com delírio*, definida pela disfunção das faculdades cognitivas e afetivas. Será nesta oscilação entre loucura e razão que posteriormente Esquirol construirá a terminologia denominada “loucura parcial” ou “monomania”, permitindo transformar a simples existência de crime em doença. Ver: Rauter (2003) e Foucault (1982).

Seguindo adiante no século, aparecem as formulações do italiano Cesare Lombroso<sup>23</sup>, que propõe a existência dos criminosos natos, correlacionando o crime como um fenômeno atávico. Por sua vez, o atavismo consiste na revivescência de características físicas hereditárias remanescentes dos estágios primitivos da espécie humana. As ações consideradas antissociais, como os ilegalismos de toda espécie, inclusive as políticas, eram vistas como manifestações do retrocesso evolutivo transmitidas hereditariamente, contra as quais a sociedade deveria se defender. Impregnado pela perspectiva antropocêntrica, para Lombroso a sociedade seria dividida entre seres normais e seres atávicos. Os primeiros, resultados de evoluções bem-sucedidas, detinham o poder de legislar sobre os segundos, entendidos como transgressores da lei, resultantes de uma evolução às avessas e que retornariam ao estado primitivo de selvageria, trazendo em seu âmago a reminiscência da tendência inata para o crime. Além da natureza criminosa, diversos fatores, como o meio social, a educação, o grau de cultura, a densidade populacional e o clima, foram invocados por Lombroso como justificativa para a entrada na vida criminal. A fim de “penetrar nos segredos do ânimo dessas infelizes criaturas”, Lombroso (2010, p. 173) buscou identificar caracteres psicológicos e atributos anatômicos capazes de distinguir o indivíduo normal e o criminoso. Estes últimos destacavam-se por mandíbulas volumosas, assimetria facial, orelhas desiguais (“Aos 13 anos, B.A., braquicéfalo, índice 87, acéfalo, com olhos oblíquos, zigomas salientes, mandíbulas volumosas, orelhas de asa, com papo, feriu mortalmente com um facão no coração um companheiro que lhe negou dinheiro vencido no jogo”), ausência de pelos (“falta de barba nos homens”), instabilidade nos afetos (“Na maior parte, entretanto, os nobres afetos dos delinquentes vão tomando sempre um traço doentio, excessivo e instável”), excessiva vaidade (“A vaidade dos delinquentes supera a dos artistas, dos literatos e das mulheres galantes”), tendência para a obscenidade, preguiça e ócio (“Eles fogem de um trabalho contínuo e sobretudo a um novo trabalho a que se sentem desadaptados”), vício para o jogo e bebida (“Quem vive na alta sociedade não tem ideia da paixão muito *óbvio* observar até os lactentes tomarem *vinho* e licor que têm as crianças pelo álcool”), crueldade (“A crueldade é, de fato, um dos caracteres mais

---

<sup>23</sup> Além de Lombroso, Garófalo e Ferri assumiram um papel importante na divulgação dos propósitos da Escola Positiva do Direito Penal e da Criminologia. Garófalo atribui as causas do delito às predisposições hereditárias encontradas nos delinquentes. Levando em conta a personalidade dos envolvidos, estabelece a distinção entre as penas, deste modo para os delinquentes considerados *típicos e inassimiláveis* propõe a eliminação do indivíduo com a pena de morte, por serem destituídos de sentimentos morais, como a piedade. Para os delinquentes que são *susceptíveis de adaptação*, a medida punitiva mais adequada seria a prisão temporária, deportação ou isolamento. Como Garófalo e Lombroso, Ferri procura as razões do comportamento criminal nos indivíduos. Considera a anormalidade do delincente enquanto defeito moral que pode ser transmitido hereditariamente. Contudo, avança nas explicações de forma preconceituosa, ao atribuir às classes sociais, sobretudo às classes pobres, a responsabilidade pelas causas da criminalidade.

comuns do menino”), caráter vingativo (“Conheci um menino hidrocefálico, de desenvolvimento e entendimento tardio, que se irritava à mais leve advertência até a idade de 6 anos”), insensibilidade à dor (“Um dos examinados apresentou diminuta sensibilidade elétrica na palma e outro no dorso da mão. É portanto a analgesia (insensibilidade à dor) um dos caracteres mais frequentes do demente moral, como também dos criminosos natos”), gosto pelas gírias e tatuagens (“Há tendência para animalizar, bestializar as coisas humanas: pele é ‘couro’, boca é ‘bica’, braço é ‘asa’”; “A tatuagem exprimia estupendamente o ânimo violento, vingativo, ou traço de despudorados propósitos”).

Deste modo, vê-se o deslocamento da ação criminosa para o indivíduo criminoso com a construção do personagem delinquente. Se o delinquente é um doente, a delinquência é uma doença, portanto, o indivíduo necessita de tratamento e não de punição. Contudo, o foco de investimento para o tratamento-sanção poderia variar dependendo do grupo social. No caso da delinquência infantojuvenil, reclusão em casa de abrigo perpétuo para identificação e correção o quanto antes dos efeitos das predisposições criminosas; já para o delinquente-nato adulto, a prisão perpétua. Na obra *O Homem Delinquente* (2010), encontramos um trecho publicado em 1893 denominado “As mais recentes descobertas e aplicações da psiquiatria e antropologia criminal”, no qual Lombroso expressa o seguinte argumento: “na realidade, para os delinquentes natos adultos não há muitos remédios; é necessário isolá-los para sempre, nos casos incorrigíveis, e suprimi-los quando a incorrigibilidade os torna demasiado perigosos.” (p. 8).

Pode-se dizer que foi no século XIX que as confluências entre loucura e ilicitude, e entre tratamento e pena, alcançaram seu apogeu, porém tal arcabouço teórico ganhou corpo e ainda continua sendo largamente disseminado e defendido em nosso país. Aqui jovens negros, pardos, imigrantes e pobres foram e ainda são vistos como inferiores, degradados, marginais, transgressores das leis civis, ligados invariavelmente à população que mora nas favelas e que sobrevive de pequenos furtos, roubos, tráfico de drogas, da prostituição ou da mão de obra insalubre, e por que não escrava, nas periferias e nos centros urbanos. Esse fato deve ser refletido com atenção, uma vez que é condizente com os indicadores do último Atlas da Violência sobre o Brasil (IPEA, 2019), referente ao período de 2007 a 2017, no qual os indicadores já apontavam o maior nível histórico de letalidade violenta intencional no país referente à juventude pobre brasileira, especialmente negros do sexo masculino. Nessas situações, devido ao processo de envelhecimento da população, a alta letalidade de jovens gera fortes implicações, inclusive sobre o desenvolvimento econômico e social. Além disso, o estudo

alerta que, para além da questão da juventude, os dados descritos trazem algumas evidências de um processo extremamente preocupante nos últimos anos: o aumento da violência letal contra públicos específicos, incluindo negros, população LGBTI e mulheres, nos casos de feminicídio (IPEA, 2019).

Em relação ao Brasil, a assimilação jurídica dos preceitos psiquiátricos nascentes realizou-se na virada do século XX, com o advento da medicina biodeterminista, articulada à Escola Positiva de Direito Penal, na qual a categoria criança e adolescente tornou-se objeto privilegiado de investigação de médicos e juristas. Apesar da superação das pesquisas lombrosianas, principalmente no que diz respeito às correlações entre tamanhos de ossaturas e comportamentos psicológicos, os resquícios de suas ideias se fizeram ainda mais contundentes, como a necessidade de examinar cada criança na busca de manifestações que denunciasses o ato antissocial. Leonídio Ribeiro, médico fundador do Laboratório de Biologia Infantil no Rio de Janeiro, em 1936, faz uma alerta sobre a preocupação com a infância, na mais tenra idade, no combate à delinquência:

Na criança de um ano é, às vezes, possível já reconhecer o futuro criminoso. É na primeira infância, ou na puberdade, que se revelam as primeiras tendências para as atitudes antissociais, que se concretizam e agravam progressivamente, sob a influência geral do ambiente. Existem, na criança, os chamados 'sinais de alarme' de tais predisposições e tendências ao crime, sinais que podem ser de natureza morfológica, funcional ou psíquica. Especialmente sobre estes últimos é que devem estar vigilantes todas as mães, sabido que as crianças perversas, rebeldes, violentas, impulsivas, indiferentes e desatentas são principalmente as que precisam receber cuidados especiais para não se tornarem, afinal, elementos perigosos para a sociedade (CORRÊA, 1982, p. 60-61).

Não é por acaso que a aliança entre medicina e justiça culminou com a promulgação do primeiro Código de Menores, em 1927, ou Código Mello Mattos, em alusão a um dos juristas que implementaram a lei cujo principal objeto de intervenção era a “criança menor”. Cabe ainda ressaltar que será no Código de 1927 que a questão do tratamento para o “menor” será evidenciada pela atuação do médico psiquiatra. Como afirma Ferla (2009), ainda que a autoridade judiciária se refira ao juiz de menores, suas decisões não poderiam ser tomadas sem que os médicos fossem consultados. Décadas mais tarde, o Código de Menores de 1927 será substituído pelo Código de Menores de 1979, que dispõe sobre a assistência, proteção e vigilância aos menores em situação irregular, categoria que abrange todas as situações em que a criança pobre se encontra em situação de oposição ao padrão de normalidade vigente. Tal legislação evidencia a figura do delinquente ao explicitá-lo com desvio de conduta. Os ventos trouxeram novos tempos com a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente,

consolidando a lógica da garantia de direitos. Eis que o direito à saúde se torna fundamental para todas as crianças e adolescentes que fazem uso dele. Na questão específica dos autores de atos infracionais que cumprem as chamadas medidas socioeducativas, a saúde assume uma forma política a partir da conexão estabelecida com o campo da justiça. Nesse caso, a saúde retorna ao círculo da loucura, ou melhor, dos transtornos psíquicos – transtornos de conduta, transtorno de personalidade antissocial, uso abusivo de drogas –, revestido como saúde mental, onde muitas vezes, na perspectiva de normalização de existências, busca-se a eliminação e, quando não é possível, a redução dos atos indesejáveis. Saúde individualizada pautada na patologização do autor de ato infracional. Ecos dos séculos XIX e XX ainda continuam firmes e fortes nos serviços de saúde. Diante disso, interessa-nos questionar se o cuidado em saúde mental que cada profissional diz e faz se dobra às demandas jurídicas ou se recusa a enquadrar os jovens nos limites tão quadrados da justiça. Pronto para atender, incluir e medicar disfarçado sob a cara do psiquiatra, do psicólogo, do enfermeiro, do terapeuta ocupacional, do assistente social, do policial, do advogado, do juiz, do agente socioeducativo, do promotor, da mãe do menino, o “cuidado” engendrado no CAPSi ainda tem fôlego para promover um encontro possível junto às vidas juvenis?

### **1.3 Algumas questões sobre um antigo tema: o uso de drogas**

Sobre as notícias dos jornais e outras histórias. Março de 2014. Uma diarista de 34 anos acorrentou o próprio filho, de 14 anos, viciado em drogas, dentro de casa. O caso foi denunciado à polícia. O adolescente fugiu após ser libertado e a mãe pode responder por maus tratos. “Acorrentei meu filho para mantê-lo em segurança para ele me obedecer, porque eu vou trabalhar e ele fica o dia todo na rua”, foi a justificativa da mãe para aqueles que expressam indignação. “Eu não acho que estou errada [em acorrentá-lo], não vou perder meu filho para a droga. Não fiz por maldade, foi um momento de desespero e eu não me arrependo porque sou a verdadeira mãe, que luta pelo filho”. Sofrendo de urgência, a mãe entretece, destece e põe em tensão o drama familiar que acomete o filho que usa drogas. Para esclarecer a realidade que vive, faz referência ao seu ato repreensível, ao mesmo tempo em que reconhece que o amor de uma mãe não tem limites. Após faltar ao trabalho para vigiar o adolescente, a diarista foi demitida.

Março de 2017. Ao avistar a polícia, o menino irrompe a rua Arthur Pereira Dias, no principal município da Região Metropolitana do Vale do Paraíba, no interior de São Paulo,

levando nas mãos uma sacola com entorpecentes. O “vapor”<sup>24</sup>, no entanto, não é páreo para as motos da PM e logo é alcançado. Com o adolescente, os policiais localizam 59 pinos de cocaína, 18 trouxinhas de maconha e R\$ 50,00 em dinheiro. Casos como esse se repetem à exaustão e integram as estatísticas oficiais de “menores” apreendidos por envolvimento com o crime.

Roubo simples ou qualificado (com uso de arma de fogo), tráfico de drogas, homicídio, furto e latrocínio são atos classificados como infrações, que compõem os delitos juvenis no Brasil. Utilizando-se de dados do levantamento anual do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo, a pesquisa produzida pelo Instituto Sou da Paz (2018) “*Aí eu voltei para o corre – estudo da reincidência infracional do adolescente no estado de São Paulo*”, apontou que, dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas no país em 2014, 68,6% haviam cometido atos infracionais análogos a roubo e tráfico de drogas, com proporção ainda maior no estado de São Paulo, chegando a 85% o percentual da prática de roubo ou tráfico, motivos pelos quais levaram-se os adolescentes à internação. Comparando os atos infracionais na região de São Paulo, a proporção de roubo é maior na capital e Região Metropolitana, com 60,2% dos adolescentes internados por tal prática, seguida por tráfico de drogas, com 25,0%. Em contrapartida, no interior paulista está em curso uma equivalência das infrações nos casos registrados como roubo, com índice de 44,8%, e tráfico de drogas, 41,1%. Ainda sobre a referida pesquisa, outro dado relevante diz respeito à alta taxa de adolescentes cumprindo medida socioeducativa de internação por tráfico pela primeira vez. Ao contrário do esperado, 41% dos primários em qualquer medida socioeducativa na capital e Região Metropolitana e 16% no interior cumpriam sentença por tráfico. Ou seja, de acordo com a pesquisa, ao menos 8% da amostra representativa não deveria estar internada. Neste caso, em consonância com o estudo, poderíamos supor que o volume significativo de adolescentes internados por ato infracional análogo ao tráfico de drogas sugere o descumprimento do artigo 122 do ECA, que não prevê a internação de jovens apreendidos por tráfico de drogas sem histórico de comportamento infracional reiterado e/ou grave.

---

<sup>24</sup> A alcunha é uma alusão ao ofício do adolescente que vende drogas nas biqueiras (boca de fumo); são eles que travam contato direto com os usuários. Hirata e Grilo (2017), ao realizarem um estudo comparativo sobre a venda de drogas em periferias paulistas e favelas cariocas, apontam que, no caso paulista, existem algumas diferenças entre os distintos papéis atribuídos aos funcionários do tráfico. Dentre eles, destacam-se as seguintes funções: patrão (proprietário da biqueira), gerente (pessoa da máxima confiança do patrão, incumbida de organizar as atividades de venda de drogas), vapor (vendedor de droga) e campana (sujeito que ocupa as posições mais baixas na hierarquia da biqueira e é responsável por alertar sobre a aproximação da polícia). Ocupações semelhantes foram encontradas na pesquisa desenvolvida por Mallart (2014) juntos aos adolescentes autores de ato infracional nas unidades de internação de São Paulo.

Dia após dia, as páginas dos jornais do interior de São Paulo continuam sendo revisitadas por notícias de uma guerra particular. Março de 2018. Com capacidade de atendimento para 20 jovens, uma unidade de semiliberdade da Fundação CASA há dois anos vem desenvolvendo um trabalho voltado para o “resgate” daqueles que se envolveram em atos infracionais e que cumprem medida socioeducativa em semiliberdade. Os profissionais que atuam no local fazem um levantamento do histórico de cada adolescente e, em conjunto com a família, é criado o Plano Individual de Atendimento (PIA). Uma vez definido o seu plano individual, o jovem deve cumprir determinadas metas durante o período da medida socioeducativa de semiliberdade, que varia de 06 meses a 03 anos. “O que a gente procura fazer é um trabalho dando a oportunidade de eles conhecerem que existe toda uma sociedade de portas abertas”, concluiu a diretora. Na área da saúde, os jovens que têm problemas com dependência química também são assistidos e encaminhados para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e as clínicas terapêuticas, para que façam o tratamento com a finalidade de deixar o vício.

Todavia, se nas regiões do interior presenciamos uma profusão de notícias alocando a temática das drogas como problema contemporâneo, será nas grandes metrópoles brasileiras que as matérias veiculadas pelos jornais não se cansam de anunciar dores pessoais e agruras familiares associando a questão da droga, principalmente o crack, ao câncer<sup>25</sup> que vai se alastrando nos interstícios das cidades. De certo modo, será nesses mesmos locais que iremos experienciar uma série de operações que articulam política e polícia sob o argumento de erradicar o tráfico de drogas e expulsar os viciados em crack, como ocorreu na cidade de São Paulo, especificamente no período entre 2012 e 2017<sup>26</sup>. Também na capital fluminense diversas

---

<sup>25</sup> Um policial anônimo teria relatado a jornalistas, durante a Operação Sufoco, iniciada em janeiro de 2012, cujo objetivo era combater o tráfico e expulsar viciados em crack na região paulista conhecida como Cracolândia: “Você prefere tratar um câncer localizado? Ou com ele espalhado por todo o corpo? É isso o que estamos fazendo: espalhando o câncer.” (Pregão da droga atrai 300 usuários. In: FOLHA DE SÃO PAULO, 06 de janeiro de 2012. Disponível em: <<https://acervo.folha.com.br/leitor.do?numero=19000&anchor=5741360&origem=busca&pd=b1420edf59b2ba32bbcbc0b41f3561df>>. Acesso em: 09 fev. 2019.

<sup>26</sup> Sobre as operações realizadas na Cracolândia nos últimos anos, destaca-se, em janeiro de 2012, a Operação Sufoco, também conhecida como Operação Dor e Sofrimento, considerada uma das maiores da história, onde foram capturados 46 pessoas já condenadas e 148 traficantes. No decorrer de janeiro de 2014, policiais civis atiraram balas de borracha e jogaram diversas bombas de efeito moral e gás lacrimogêneo na multidão. Ao menos 5 pessoas foram presas. No ano de 2015, ocorreram pelo menos duas operações. No mês de abril, a Prefeitura tinha como foco a retirada de barracas em uma região que ficou conhecida como “favelinha”. Nesta operação, dois moradores de rua foram feridos por estilhaços de bala. E, no mês de dezembro, treze pessoas foram presas: nove mulheres e quatro homens. Em agosto de 2016, a polícia fez uma megaoperação com a justificativa de prender líderes do Movimento Sem Teto de São Paulo (MSTS), acusados de agir em parceria com o Primeiro Comando da Capital (PCC) para consolidar o tráfico de drogas na Cracolândia. No mês de maio de 2017, a

ações ocorridas durante o ano de 2011 visavam o recolhimento, internação e abrigamento compulsório de crianças e adolescentes, supostamente usuários de crack encontrados no centro e periferia da cidade.

Oscilando por entre os lados, ora queremos criminalizar e punir, ora queremos patologizar e tratar, ora cá e lá queremos vigiar, medicar e cuidar, destacando a delinquência associada ao uso de drogas. Já sabemos que a relação entre o cuidado em saúde mental e os autores de ato infracional é cheia de contradições. Não poderia ser de outra forma, por uma razão evidente: como a saúde pode compartilhar estratégias de cuidado junto aos adolescentes que transitam em locais de restrição de liberdade e de segregação social? De um lado, a intervenção judiciária faz-se necessária pela via da garantia e efetivação ao direito à saúde. Por outro, o sistema de justiça tende a ser impiedoso com o adolescente, especialmente quando a medida socioeducativa for utilizada com o único objetivo de tratar e corrigir, quando possível curar, o autor de ato infracional com transtorno psíquico que simultaneamente use e abuse de drogas. Logo, se tomarmos o tratamento em saúde mental como uma obrigatoriedade, abriremos espaço para acionar práticas de cuidado sob uma perspectiva disciplinar. Ademais, é justamente a combinação do olhar vigilante, do controle dos corpos e da correção das condutas que se faz ainda presente num relacionamento recíproco entre os estabelecimentos de saúde e justiça, naquilo que Foucault denominou como dispositivo da periculosidade, conceito desenvolvido no século XIX. Nesse jogo de detecção do sujeito perigoso, o autor situa que a gestão daqueles capazes de agir de forma delituosa e dos que podem vir a delinquir passa a ser um controle do indivíduo “ao nível de suas virtualidades e não ao nível dos seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam” (FOUCAULT, 1996, p. 85). Como notou, com acerto, o filósofo, aceitamos que tão importante quanto o crime cometido pelo indivíduo é o que ele poderá a vir fazer posteriormente. Ou seja, naturalizamos uma certa essência inerente a determinados sujeitos e, diante desse retrato a respeito deles, acreditamos que é fundamental o monitoramento do seu comportamento, diante do controle penal punitivo ao nível de suas virtualidades. Sabemos que, na prática, como já demonstraram Vicentin, Assis e Jóia (2015), apesar de o atendimento de adolescentes em privação de liberdade nos CAPS atender às diretrizes das políticas de saúde atuais, a realidade nos mostra que a perspectiva da periculosidade permanece viva e intensa no tratamento dos sujeitos. E eis que, no cotidiano dos serviços, o cuidado em saúde mental parece

---

polícia organizou uma ação visando a prisão de traficantes e apreensão drogas e armas. Ao menos 69 pessoas – dentro e fora do chamado “fluxo” – estavam na mira dos policiais do Denarc (Departamento de Narcóticos).

estar mais associado ao controle e vigilância do jovem ao invés de oferecer-lhe a possibilidade de construir uma resposta diferente, capaz de conduzi-lo a outros caminhos. E, numa via de mão dupla, quando não é o agente responsável pela segurança que escolta o jovem até o tratamento, será a própria equipe de saúde que compactua com o olhar periculosista na justificativa do risco de fuga. E tudo isso cultivado com atendimento, cuidado e tratamento.

*“Hoje ao ir para o CAPSi me senti cansada. Ao percorrer a Dutra, os olhos pesavam no transcurso da rodovia. Cheguei ao CAPSi, havia combinado com a mãe de Miguel para conversarmos sobre a pesquisa. A coordenadora acredita que ela não comparecerá, ‘ela não está nem aí’ (sic). Novamente tinha que apostar na conversa realizada ao telefone. Ela não compareceu. Nem o adolescente. Fiquei de ‘bobeira’ conversando com as profissionais e atualizando o diário de campo. Havia um adolescente da Fundação CASA que iria passar no Grupo Altos Papos. O que me chamou a atenção foram as vestimentas que não o caracterizavam como sendo da unidade de internação, já que ele usava as ‘roupas do mundão’<sup>27</sup>. Foi quando a coordenadora chamou o agente socioeducativo para mostrá-lo que o local era ‘seguro’, apontando para as grades da janela. Ai sim percebi que se tratava de um adolescente da Fundação” (Diário de Campo, 13/02/2017).*

Chama atenção que, apesar de o conceito de periculosidade surgir no final do século XIX, encontramos ainda vigente no século XXI uma série de poderes paralelos à margem da justiça, que, para poder operar, se compõe em distintos equipamentos, tais como: a polícia para vigiar e as instituições psicológicas, psiquiátricas, médicas, criminológicas e pedagógicas para corrigir. É o início do que Foucault chama de idade de ortopedia social. Contudo, é importante ressaltar, como exemplo, as renovadas composições entre o campo da saúde e da justiça, com a consolidação de arranjos institucionais de maior contenção, como é o caso da Unidade Experimental de Saúde (UES), exposto anteriormente. Espécie de medida de segurança para jovens com diagnóstico de transtornos de personalidade antissocial (TPAS), a UES absorve o sujeito que não está apto ao tratamento ou reabilitação, aquele que se apresenta como intratável e ingovernável, portanto, perigoso (VICENTIN; GRAMKOW; ROSA, 2010). Neste sentido, o uso do aparato psiquiátrico, por meio do viés jurídico para a internação dos jovens com TPAS, parece ser uma forma reciclada da noção de periculosidade, diferentemente daquela forjada por Foucault no século XIX. Segundo as autoras, o conceito de periculosidade ganha um estatuto próprio, passando a adquirir conotações que facilitam a extensão e difusão do seu uso cada vez

---

<sup>27</sup> Mallart (2014) explica que o termo é empregado pelos adolescentes para designar tudo aquilo que não pertence ao espaço institucional das unidades de internação, como roupas, alimentos e objetos.

mais subordinado às exigências de “defesa social”, controle e tutela de determinados segmentos juvenis. Sob a designação do TPAS, o jovem será visto como um risco-perigo, portador de uma patologia quase incurável, impedindo que se reconheça em suas determinações sócio-históricas e subjetivas, e possuindo dificuldades para superar as circunstâncias nas quais está inserido.

### 1.3.1 Um sobrevoo sobre as internações psiquiátricas de crianças e adolescentes devido ao uso de drogas

Retomando a questão da intervenção da justiça no âmbito da saúde, sob a vigência do ECA, a criança e o adolescente são considerados sujeitos de direito, conforme exposto no artigo 4º, com prioridade do atendimento em saúde, incluindo o atendimento à saúde mental aos adolescentes que dele necessitem, preferencialmente na rede SUS extra-hospitalar, inclusive para os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental que receberão tratamento individual e individualizado, em local adequado às suas condições (BRASIL, 1990, 1999, 2012). Uma vez verificado que os direitos reconhecidos pela Constituição Federal estão sendo ameaçados e/ou violados, o ECA prevê as medidas protetivas (art. 98), levando em conta as necessidades pedagógicas, preferindo aquelas que visem o fortalecimento do vínculo familiar e comunitário. Além disso, com o intuito de contemplar a proteção e promoção dos direitos infantojuvenis, as medidas protetivas visam assegurar o desenvolvimento físico, mental e psicológico dos adolescentes, desempenho escolar, participação social, habilitação para o exercício profissional, bem como apoio e acompanhamento familiar. No caso do uso abusivo de drogas e na situação específica da população infantojuvenil envolvida na prática de atos infracionais, a legislação reconhece a situação de vulnerabilidade à qual está exposta, tomando como responsabilidade dos integrantes do sistema de garantias de direitos a aplicação das medidas pertinentes de proteção a esses sujeitos. Neste sentido, os profissionais que atuam no conselho tutelar, Ministério Público, Juizados da Criança e do Adolescente, Advocacia e Defensoria Pública e nos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente poderão acionar o art. 101 do ECA, fazendo jus às seguintes medidas: inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos e requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico em regime hospitalar ou ambulatorial. Conforme ressaltam os autores, diante dessa premissa legal é que se sustentam os encaminhamentos dos jovens autores de ato infracional para os serviços de saúde, funcionando como uma medida protetiva para si e para sua família.

Por caminhos diferentes, os jovens autores de ato infracional usuários de drogas que chegavam para atendimento no CAPSi recheavam os prontuários do serviço. Aliás, de alguns anos para cá, a relação entre jovens usuários de drogas envolvidos no sistema socioeducativo foi ficando cada vez mais evidente. *“A maioria dos casos encaminhados eram por uso e envolvimento com o tráfico de drogas”* (Diário de Campo, 15/02/2017). Tal constatação também foi verificada por Vicentin, Assis e Jóia (2015), que discorrem que, nos últimos anos, associada à temática do transtorno de conduta, vemos a emergência da questão das drogas (consumo/comércio), obtendo centralidade nos processos de psiquiatrização/criminalização da juventude.

Desde então, os diagnósticos F10-F19, vinculados à CID-10 (OMS, 2012) e referentes aos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, aparecem de forma contundente nos prontuários pesquisados no arquivo do CAPSi. Dos 13 documentos levantados nos anos de 2011, 2016, 2017 e 1º semestre de 2018, a investigação indica que 11 prontuários se referiam à demanda de uso de drogas: 05 deles apresentavam o diagnóstico de “Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides” (F.12), 01 com o diagnóstico de “Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides - síndrome de dependência” (F.12.2), os outros 04 restantes com diagnóstico de “Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas” (F.19). Nesse último caso, o envolvimento da substância está relacionado mais especificamente com o uso de maconha, cocaína, tabaco e lança-perfume. E, por fim, 01 prontuário identificado com “Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - síndrome de abstinência” (F.19.2). Uma parte dos diagnósticos acima apontados, como já exposto, está também associada com outras classificações psiquiátricas, como o transtorno esquizoafetivo (F.25), distúrbios de conduta (F.91), transtorno depressivo (F.32), transtorno de personalidade com instabilidade emocional (F.60.3), retardo mental (F.70), observação por suspeita de transtornos mentais e de comportamento (Z03.2) e diagnóstico de transtorno do funcionamento social com início especificamente durante a infância e a adolescência (F.94).

Nota-se que, na maior parte dos prontuários pesquisados, particularmente a maconha foi a droga ilícita mais consumida pelos jovens. Apenas em 01 prontuário foi detectada a síndrome de dependência da substância. Ao relatar sua experiência de 08 anos no sistema socioeducativo, Malvasi (2016) demonstra que existe uma certa tendência dos profissionais em associar como problemática a relação dos adolescentes com o uso de substâncias ilícitas. Caso o jovem faça

uso de alguma substância psicoativa ilegal (na grande maioria, o uso de maconha), ele é colocado em uma zona tão escorregadia que, dependendo de suas experiências na passagem pelo socioeducativo, o levará a sofrer o “enquadramento” no rótulo de “drogado” (p. 30). Não é por acaso que, dentre os equipamentos do setor saúde, o autor aponta os CAPS como os serviços mais atuantes nas parcerias com as entidades executoras das medidas socioeducativas em meio aberto. Na minha pesquisa, contudo, destaco que a Fundação CASA foi o estabelecimento que mais encaminhou adolescentes para o CAPSi.

Curiosamente, os prontuários pesquisados não fazem referência aos “Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína - síndrome de dependência” (F.14.2), que se refere ao uso de cocaína fumada/crack. Sabemos que, socialmente, existe um certo desprezo que envolve a figura do usuário de crack, conhecido como “noia”. Ao longo do processo de pesquisa, poucas vezes os adolescentes foram capazes de revelar que faziam o uso de crack. Acompanhando a trajetória dos jovens internos na FEBEM-SP, Mallart (2014) salienta que, segundo os seus interlocutores, em virtude do rápido efeito proporcionado pelo crack, o viciado está sempre disposto a adquirir novas pedras, mas nem sempre honra com os compromissos assumidos. Nas falas dos próprios adolescentes, “o crack é capaz de fazer com que o viciado troque a própria mãe por uma única pedra” (p. 153).

No campo das produções teóricas e de pesquisa em torno de crianças e adolescentes, onde a questão da drogadição conduz ao tratamento de saúde, podemos encontrar o trabalho de Bentes (1999), que estudou as internações psiquiátricas de pacientes do sexo masculino no período entre 1994 e 1997, realizadas por medida judicial. Nos prontuários selecionados na unidade hospitalar na qual trabalhava no Rio de Janeiro, a autora constatou que, do total de crianças e adolescentes via determinação judicial, a maior parte era diagnosticada com quadros não psicóticos; os outros casos que receberam diagnóstico de “distúrbios do comportamento” eram adolescentes autores de ato infracional encaminhados por juízes da capital. Todavia, aqueles que tiveram a maior média de tempo de internação foram em decorrência de encaminhamentos realizados por juízes do interior. Outros diagnósticos neste grupo foram de dependência de drogas, epilepsia, distúrbios de emoções na infância e adolescência e transtorno da personalidade. Comparando com os demais pacientes do mesmo sexo encaminhados por familiares ou pelos serviços de saúde, a autora observa que as internações via judicial tiveram um aumento significativo em relação àquelas realizadas por familiares. Além disso, Bentes percebe uma forte distinção entre os pacientes internados via judicial e aqueles que não o são, pois, com os adolescentes do “juiz”, não se pode opinar sobre os procedimentos de internação,

como a alta, por exemplo. Desta forma, estabelece-se uma diferenciação entre os pacientes da equipe e os pacientes encaminhados pelo judiciário, pois estes últimos são considerados violentos, agressivos e indolentes. Para não correrem risco com os outros, a alternativa proposta seria separar os dois perfis de adolescentes em pátios ou alas distintas do hospital, instituindo, na prática, uma espécie de manicômio judiciário infantojuvenil. Mesma tendência tem sido apontada por Scisleski (2006), que, ao estudar os encaminhamentos de jovens a um hospital psiquiátrico no Rio Grande do Sul entre os anos de 2002 e 2005, ressalta o aumento do número de pacientes categorizados com transtorno de comportamento devido ao uso de drogas. Dessa maneira, constata-se que a questão da drogadição vem assumindo um percurso de psicopatologização, especialmente para a população juvenil encaminhada preferencialmente por meio de ordem judicial. Scisleski relata que, frequentemente, as internações psiquiátricas dos adolescentes usuários de outras drogas são tomadas como uma medida prévia à internação na Fundação de Atendimento Socioeducativo (FASE-RS), nomenclatura utilizada para substituir a antiga FEBEM-RS. Assim, encontramos que a prática de encaminhamento para o circuito da internação psiquiátrica acaba funcionando como uma forma de “castigo”, espécie de “tratamento moral” para prevenção de futuras condutas, uma vez que, caso o procedimento falhe, o adolescente corre o risco de ser enviado para a FASE. Seguindo os estudos desenvolvidos no Rio Grande do Sul, Cunda (2011) identifica, no mesmo hospital psiquiátrico pesquisado por Scisleski, que os prontuários da década de 1990 já apresentavam uma variação importante na forma de encaminhamento dos pacientes. Nas categorizações usualmente encontradas, destaca-se o uso de múltiplas drogas, como o álcool, cocaína, maconha e inalante, associado aos problemas de conduta, como agressividade e realização de pequenos furtos. Os diagnósticos mais recorrentes variavam entre os clássicos, como “deficiência mental leve”, “transtorno de personalidade antissocial” e “dependência de drogas”, especificada em “múltiplas drogas” e “não especificada”. Tais nomenclaturas referem-se ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais III (DSM III), da Associação Americana de Psiquiatria, versão utilizada até 1990 (CUNDA, 2011). Analisando 07 prontuários do ano 2000, o autor percebe o significativo avanço da drogadição como causa primeira das internações psiquiátricas, nas quais o diagnóstico de dependência química abrangia os adolescentes usuários de crack. A maioria dos adolescentes era encaminhada via ordem judicial, por meio da intervenção do conselho tutelar, por motivos como “agressividade”, “situação de rua”, “agitação”, “roubos para comprar droga” ou simplesmente o uso de “crack”.

Buscando destacar as articulações entre a saúde e a justiça em sua dissertação de mestrado, Reis (2012) procurou analisar os processos judiciais de adolescentes durante os meses de março a julho de 2011 em dois municípios de grande porte do Rio Grande do Sul, que tiveram decretada a medida protetiva de internação psiquiátrica para tratamento da drogadição. Como um dos critérios que compuseram a referida pesquisa, a autora destaca os processos com jovens onde não houvesse registro formal de envolvimento com o ato infracional, sob a justificativa de que pretendia focar práticas de cuidado diferentes daquelas que estão diretamente vinculadas às práticas punitivas do sistema socioeducativo. De certa forma realizei, na minha pesquisa, o caminho inverso, pois parto do campo da saúde mental para analisar o cuidado junto aos jovens vinculados ao sistema socioeducativo. Campos distintos, porém conexos. Na verdade, os processos de patologização e disciplinarização não incidem apenas no adolescente autor de ato infracional (VICENTIN; GRAMKOW; ROSA, 2010). De fato, como constatou Reis, os discursos encontrados nos processos judiciais apontam para a lógica de criminalização e patologização dos jovens usuários de droga, circunscrevendo-os como sujeitos potencialmente perigosos. Além disso, as falas encontradas nos documentos apontam para a desqualificação/patologização da família, permitindo a ação interventiva do Estado, bem como sinalizam que o ingresso no circuito da internação psiquiátrica se volta para a busca de estratégias punitivas, mais do que cuidado em saúde mental.

Ainda cabe destacar estudo empreendido por Jóia (2014) sobre internações de crianças e adolescentes em um serviço especializado de saúde, criado em 2010 pela prefeitura de São Paulo, voltado para a população infantojuvenil e adulta que faz uso de drogas. Utilizando censos institucionais e dados dos prontuários, a fim de evidenciar as trajetórias institucionais de usuários, a autora destaca os seguintes perfis que chegam ao serviço estudado: crianças e adolescentes em situação de rua, casos provenientes de serviços de acolhimento institucional, adolescentes ameaçados de morte, jovens oriundos da Fundação CASA e casos com ordem judicial para busca e apreensão. Em relação à chegada ao serviço especializado, foram os CAPS que mais realizaram encaminhamento, seguidos dos hospitais gerais, pronto-socorros e uma unidade de Assistência Médica Ambulatorial (AMA). Especificamente no que concerne aos jovens envolvidos com medida de internação, identificou-se que os encaminhamentos da Fundação CASA eram realizados após meses de privação de liberdade, comprometendo a intervenção terapêutica no serviço de saúde. Em alguns casos, por conta do tempo prolongado no cumprimento da medida, os jovens não tinham mais indicação para a internação, cujo objetivo era o atendimento à crise e desintoxicação, resultando naquilo que Jóia observou, de

que a internação no serviço de saúde configurava-se como um *continuum* da medida socioeducativa/punitiva. Além disso, o transtorno de conduta e o transtorno desafiador de oposição eram características diagnósticas encontradas nos pacientes, indo ao encontro da forma de como é classificado o público juvenil autor de ato infracional.

Em diálogo com essas reflexões, enfatizamos que é possível observar, juntamente com os autores citados, a transformação de perfil daquilo que é considerado loucura na contemporaneidade. Neste sentido, Scisleski traz um recorte importante da sua pesquisa sobre internações psiquiátricas. Como bem ressalta a autora:

O alto índice de diagnósticos não se refere à esquizofrenia ou às psicoses-categorias clássicas que costumavam levar pessoas a serem encarceradas em asilos, mas sim ao uso de drogas. De certa maneira, a questão da drogadição vem assumindo um percurso de psicopatologização, especialmente para a população jovem (...). Com esta interpretação não estamos negando as implicações psíquicas, ou mesmo, as consequências de uma dependência química que o uso de drogas pode ocasionar, mas sim indicando o papel que esse diagnóstico tem ocupado no campo da saúde mental através da decorrência de seu encaminhamento à internação. (2006, p. 96).

A partir dessa constatação é importante salientar, desde logo, que não se trata de reafirmar aquilo que já foi dito por uma série de pesquisadores que demonstram que o diagnóstico do uso de drogas é um fator comum nas dependências dos estabelecimentos psiquiátricos de internação, na medida em que o cenário contemporâneo traz a emergência de uma série de outros equipamentos que extrapolam os muros institucionais asilares, como os CAPSad, os CAPSi, os consultórios de rua, as unidades de acolhimento, os programas de redução de danos, mas implica ter em conta que muitas vezes tais serviços de atenção à saúde mental, ou outros serviços que extrapolem o âmbito da saúde, ainda podem ser um dos caminhos possíveis para o cuidado em liberdade do jovem usuário de droga, que pode e deve ser ao menos escutado.

#### **1.4 O que dizem os prontuários do CAPSi a respeito dos autores de ato infracional usuários de drogas?**

Usualmente o autor de ato infracional envolvido com uso e tráfico de drogas é trazido para o CAPSi por intermédio do campo jurídico, seja através da solicitação da Fundação CASA, seja, como nos últimos prontuários levantados, por meio de ofício da Defensoria Pública. Em alguns casos, o jovem adolescente também chega ao CAPSi acompanhado de seus familiares e/ou responsáveis. Nos documentos pesquisados no CAPSi, dos 11 prontuários com diagnóstico

de uso e abuso de drogas, 06 são provenientes da unidade de internação, 02 foram demandados pela própria família, 02 foram enviados pela Defensoria Pública e 01 pelo conselho tutelar. Por essas vias, a chegada do jovem envolvido com o uso e abuso de drogas (cumprindo ou não medida socioeducativa) traz consigo uma peculiaridade no que diz respeito à demanda de tratamento em saúde. Raramente o adolescente relata ter algum problema com o seu uso (prejudicial ou não), sendo que em tais casos será a família que endereça a necessidade imediata de o jovem de realizar o tratamento.

“Apenas o adolescente é encontrado em casa. Diz que não precisa de tratamento, pois não está mais ‘mexendo’ (*sic*) com SPA (Substância Psicoativa) e retornará para a escola. Recebe orientação sobre tratamento. Solicito que comunique a visita à irmã e deixo o serviço à disposição” (Prontuário 1958).

“Realizado contato telefônico irmã relata que o adolescente está bem, mas tem se recusado a continuar o tratamento por não ser obrigatório. Oriento quanto a importância da continuidade do tratamento e cuidadora compromete-se a comparecer na próxima semana.” (Prontuário 1958).

“Em contato telefônico converso com avó que pontua que adolescente não quer vir ao Capsi. Mesmo com professora indo buscá-lo. Avó tentará trazê-lo na próxima semana. Diante do caso feito pedido de visita domiciliar.” (Prontuário 2247).

Diante disso, os familiares chegam ao serviço em busca de uma solução para erradicar a situação do uso e do envolvimento com o comércio de drogas. A solicitação que se apresenta é a de que o jovem deva mudar seu comportamento, seu estilo de vida, suas amizades, o que significa, sobretudo, não usar drogas. Porém, a realidade dos dias também se impõe, como um pedido de socorro. Em conflito com as leis, embaraçados em furtos, roubos e venda de drogas, os jovens tentam impor a sua própria regra e se deparam com normas já estabelecidas. E, quando não conseguem se adequar aos limites familiares, são tomados de assalto pela violência urbana, sofrendo as consequências impostas pelo tráfico local, pelos representantes da lei e pelos habitantes da cidade.

“No assalto um colega foi morto, pensa no assunto e ‘imagina’: poderia ter sido consigo, exibindo consciência dos fatos.” (Prontuário 2250).

“Relata que foi pego novamente pela polícia e que seu destino é a Fundação CASA” (Prontuário 585).

“Relata último episódio no envolvimento com o tráfico, onde teve muito acesso financeiro. De repente, usuários sumiram sem pagamento deixando-o endividado com o dono da droga, devolveu o restante completando com droga ‘velha’ e ainda deve \$300,00.” (Prontuário 585).

“Mãe pagou dívidas para tráfico. Mudaram de residência por medo de represália no bairro (devido a dívidas)” (Prontuário 585).

E a família, como parte do processo, muitas vezes se torna algoz juntamente com o filho, legitimando o lugar de “falência familiar” (REIS, 2012), entrando como elemento impulsionador desses jovens para a situação de uso. Ademais, os discursos que circunscrevem os jovens usuários de drogas enquadrados nas categorias de perigosos, tratáveis ou não, se voltam para as famílias desses jovens, evidenciando repertórios de patologização e desqualificação também dessa família, permitindo a ação interventiva do Estado. A internação, nesse caso, em comunidades terapêuticas, em hospitais psiquiátricos ou em centros de tratamento representa a busca de soluções punitivas, mais do que de estratégias de cuidado em saúde mental.

“Genitora era usuária de crack e cocaína, às vezes tem recaída. Está gestante do nono filho. Porém apenas 3 residem com ela. Se prostituiu, por isso filhos são de pais desconhecidos, inclusive o genitor do adolescente. O mesmo tem um padrasto que considera como pai” (Prontuário 1958).

“O pai era usuário de drogas desenvolveu algumas patologias” (Prontuário 2237).

“O pai tem histórico com drogas é separado da mãe. Vive com outra pessoa. O pouco que convive com o pai acabou por vê-lo utilizando drogas, inclusive, dentro da própria residência. Mãe relata que o filho já roubou um celular. O irmão da genitora também é usuário de drogas e não aceita auxílio ou tratamento para o problema.” (Prontuário 71).

“Relata que tem 2 tios presos (um paterno e outro materno). Genitor também está preso, ambos por SPA (Substância Psicoativa) e tráfico” (Prontuário 1721).

Em relação aos prontuários escolhidos nos quais a fonte de encaminhamentos para o CAPSi foi a Fundação CASA ou a Defensoria Pública referenciada pela unidade básica de saúde, faz-se necessário tecer algumas considerações. Ressalte-se que, nos 08 prontuários pesquisados referentes aos dois órgãos, 05 são referentes às solicitações para tratamento no CAPSi que dizem respeito à avaliação psiquiátrica. Drogado, delinquente, doente e criminoso são, sem exceção, existências marginais e, como tais, coladas em um destino previamente traçado: a medicação psicotrópica. Com isso, não estamos aqui negando a eficácia do tratamento farmacológico por meio do uso de psicotrópicos, mas alertamos para o excesso de consumo de substâncias psiquiátricas, utilizadas em larga escala, como normalmente acontece com os adolescentes em contextos de privação de liberdade. Dentro da dinâmica institucional da Fundação CASA, os internos têm como principal compromisso a educação formal, além das

atividades esportivas, culturais, cursos profissionalizantes e os atendimentos realizados pela equipe de saúde e psicossocial. Esta última dá suporte e os avalia na passagem do sistema socioeducativo para a confecção dos relatórios técnicos. Os jovens também precisam aprender a passar o tempo, suportar a violência institucional, lidar com a ansiedade em relação ao término do cumprimento de medida e superar o afastamento da família e do convívio social.

“Insônia”, “sintomas depressivos”, “irritabilidade”, “agressividade”, “nervosismo”, “falta do uso de SPA”, “ideação suicida”, “alucinações” são o rol de sintomas que explicam os motivos pelos quais os adolescentes usuários de drogas são enviados para o CAPSi. Devemos lembrar que ansiedade e depressão podem estar relacionadas a situações de sofrimento psíquico decorrentes do enclausuramento, não podendo ser consideradas casos de transtorno mental. Raramente ouvimos um pedido atendido: “adolescente solicitou retorno ao Capsi, alegando que o tratamento o ajudou muito, principalmente em relação ao contexto familiar.” (Prontuário 1721).

Nos bastidores, porém, uma profissional de saúde me disse que a fala foi uma saída encontrada pelo jovem para se livrar por algumas horas da internação. Vida que segue.

O que se verifica é que o pedido da Fundação CASA para o atendimento no CAPSi está pautado da seguinte maneira: frequentemente a unidade de internação solicita uma avaliação psiquiátrica ao serviço de saúde mental. O CAPSi, por sua vez, recebe o pedido, propondo o acolhimento do adolescente. Após o acolhimento, caso seja a primeira vez dele no serviço, é realizada uma avaliação individual por qualquer um dos profissionais disponíveis, para que se possa verificar a demanda solicitada, bem como a construção do projeto terapêutico singular (PTS). Identificada tal necessidade, a consulta psiquiátrica será agendada e, quando não houver indicação, o adolescente será incluído em outras modalidades de tratamento, como os grupos terapêuticos. Há que se considerar também que a consulta com o psiquiatra poderá posteriormente ser marcada pelos profissionais que coordenam os grupos. De certa forma, este costuma ser um dos destinos do cuidado em saúde mental produzidos no CAPSi para o jovem autor de ato infracional. Todavia, identificamos recorrentemente, nos documentos e nas falas dos profissionais de saúde mental, a ênfase dada pela Fundação CASA para a realização da consulta psiquiátrica com solicitação de prescrição de medicamento. Sob esse aspecto, uma questão se interpõe: não seria interessante colocar em análise a demanda do tratamento medicamentoso, não a tomando de imediato como equivocada? Inclusive quando o pedido não é atendido, a Fundação desloca os adolescentes para uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Saúde Mental do município vizinho, contrariando o princípio da incompletude

institucional regido pelos paradigmas anunciados pelo ECA e pela PNAISARI. Por serem internos da Fundação CASA, os adolescentes são prontamente atendidos, ou melhor, contidos com administração de medicação psiquiátrica. O que se percebe é que se torna conveniente medicar e conter os corpos jovens, auxiliando na antecipação dos riscos ou perigos aos quais essa população está submetida. Agora o adolescente já medicado recorre ao CAPSi para acompanhamento psiquiátrico. Uma circularidade analítica se impõe.

Um outro ponto não menos importante refere-se aos dois adolescentes cumprindo medida de Liberdade Assistida (LA) encaminhados pela Defensoria Pública para o CAPSi. Por meio dos prontuários, é possível verificar que o pedido de tratamento ocorreu inicialmente pela unidade básica de saúde, que acionou o órgão jurídico, solicitando acesso ao atendimento na saúde mental. Apesar de não serem numericamente expressivos, tais casos são emblemáticos, na medida em que apontam para um processo de judicialização no âmbito da saúde, indicando uma fragilidade na articulação com a rede de serviços no território. Sob esta perspectiva, é possível relembrar a questão da diminuição dos adolescentes encaminhados ao CAPSi pelo programa de medida socioeducativa em meio aberto. Sem o protagonismo ordenado pelos diversos serviços, não é possível a inserção dos adolescentes nas políticas públicas, de forma que articulem estratégias intersetoriais de cuidado.

Em cada uma dessas situações, entre os campos da saúde mental e da justiça, engendra-se uma biopolítica voltada para o governo de todos aqueles que se colocam (ou são colocados) como pontos fora da curva. Por biopolítica, Foucault vai designar uma estratégia que se dirige, no fim do século XVIII, à multiplicidade dos homens, na medida em que tal multiplicidade forma uma massa global afetada por processos privilegiados que são próprios da vida, dentre eles: natalidade, morbidade, reprodução, fecundidade, longevidade, juntamente com problemas econômicos e políticos (FOUCAULT, 2010). Foucault (2003) enuncia, pela primeira vez, o termo “biopolítica” em uma conferência proferida no Brasil em 1974, intitulada “O nascimento da medicina social”, na qual buscou demonstrar, a partir da expansão do capitalismo, que a socialização do corpo da população ocorreu por meio da medicina. Como anuncia no início da conferência, “a medicina moderna é uma medicina social que tem por background uma certa tecnologia do corpo social”, ou seja, a medicina “é uma prática social que somente em um dos seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente” (p. 79). Ao longo do texto, o autor confirma, ao contrário do que se pensava, que a medicina cada vez mais passa por investir no corpo do indivíduo para além do âmbito privado, avançando em direção ao domínio da coletividade. Porém, será dois anos mais tarde, no último capítulo de *A História da*

*Sexualidade I: A Vontade de Saber*, denominado “Direito de morte e poder sobre a vida”, que Foucault (2001) esclarece e aborda detidamente o conceito de biopoder, por oposição ao poder soberano ao direito de morte. O termo “biopolítica” aparece no final da obra, sendo, portanto, uma estratégia mais ampla do biopoder. A temática será retomada no curso do Collège de France, em 1976, “Em defesa da sociedade” (2010), bem como no curso de 1977-78, “Segurança, território e população”, e no curso 1878-1979, o “Nascimento da Biopolítica” (2008a), porém neste último o conceito será abandonado ao longo do texto. Foucault dirá que, no final do século XVIII e início do século XIX, se produz uma transformação no modo de gerir e organizar o poder, uma tecnologia que se instala ao poder soberano de vida e de morte. Na teoria jurídica clássica, o soberano só exerce o direito sobre a vida por ter o direito de morte dos súditos. A morte, considerada um dos atributos centrais, perpassa o regime de poder soberano. A partir do momento em que o poder assume a função de gerir a vida, deixa-se para trás o velho direito de *fazer morrer e deixar viver* do soberano, pelo direito de *fazer viver e deixar morrer*. Configura-se uma tecnologia de poder que se instala no corpo homem e na multiplicidade dos corpos. Corpo e vida passam a ser alvos privilegiados característicos do biopoder. O *fazer viver* definido no biopoder se revela a partir de duas faces que coexistem: a disciplina e a biopolítica. A primeira, presente na escola, na fábrica, no hospital, na caserna e na prisão, produz indivíduos dóceis e disciplinados, assegurando assim uma *anátomo-política* do homem corpo. A segunda, em torno das regulações da população, está afetada por processos da vida e se dirige ao “homem vivo”, ao “homem ser vivo”, ao “homem espécie” (FOUCAULT, 2010, p. 204). Frente a frente, a vida se manifesta de maneira espetacular na estratégia da biopolítica. Daí a pergunta: mas que vida é essa? A vida não se refere à vida cotidiana, como demonstrou Caponi (2012a), nem à vivência do dia a dia, trata-se de uma identificação da vida com o domínio do biológico, vida enquanto objeto de estudo dos saberes denominados ciências da vida. A centralidade da noção de vida torna-se evidente nas palavras de Foucault (2010):

Parece-me que um dos fenômenos fundamentais do século XIX tem sido o que poderíamos denominar uma invasão da vida pelo poder: ou se vocês desejam, um exercício de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma sorte de estatização do biológico, ou pelo menos uma certa tendência ao que se poderia denominar uma estatização do biológico. (p. 286).

Eis onde se situa a defesa da vida que a saúde mental opera no campo do autor de ato infracional. Atrelada às ideias de cuidado, proteção, segurança e direito à saúde, a saúde mental evoca e faz reviver a perspectiva da defesa social como pretexto para o controle dos jovens

oriundos do sistema socioeducativo (VICENTIN; GRAMKOW, 2010; VICENTIN; ASSIS; JÓIA, 2015).

#### 1.4.1 Deixar arquivar, deixar morrer

Como em nome do cuidado vem sendo instaurada no âmbito do CAPSi a engrenagem do biopoder? Como já pontuamos, no caso da tecnologia disciplinar, a obrigatoriedade pelo tratamento em saúde, por vezes, pode ser confundida com castigo na busca de uma suposta “normalização” do corpo jovem, já que é preciso torná-lo útil e dócil, simultaneamente, para a continuidade do cumprimento da medida. Sob uma vestimenta biopolítica, será preciso recorrer novamente aos prontuários produzidos no serviço de saúde mental. O fato é que, quando iniciei a pesquisa dos documentos, deparei-me com uma situação cada vez mais recorrente: a não adesão do adolescente ao tratamento de saúde. Após algumas tentativas frustradas de contato pela equipe, o adolescente era enviado para o Arquivo Morto (AM). Nos prontuários aos quais tive acesso, especialmente aqueles relativos aos autores de ato infracional cumprindo medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) ou de internação, encontramos condutas que foram emitidas pelos profissionais de saúde, decidindo pelo desligamento do jovem do serviço. Chama atenção, contudo, a frequência com que a etiqueta AM é anexada aos envelopes dos prontuários, relacionando a alta no CAPSi com o abandono do tratamento. Nos prontuários que levam a insígnia AM, evidencia-se, a meu ver, mais uma rejeição/expulsão criada pela própria equipe em relação à população que infraciona, já que os profissionais de saúde resumem o cuidado em saúde às exigências protocolares de tratamento. Deixar arquivar, deixar morrer. Trata-se de um procedimento análogo ao que ocorre com o conceito de racismo de Estado (FOUCAULT, 2010). Basta evocar o poder de morte característico do racismo: o corte entre o que deve viver e o que deve morrer. Neste ponto, é importante ressaltar que, na perspectiva foucaultiana, a “tirar a vida” não corresponde “simplesmente o assassinio direto, mas também tudo o que pode ser assassinio indireto: o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição, etc.” (p. 216). Assim, considera-se que o racismo assegura a função de morte, a partir do princípio de que a morte do outro não é a minha vida, a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (degenerada ou anormal) é o que vai deixar a vida mais sadia e mais pura.

A partir dessas considerações, entendemos que a prática de organização dos prontuários não constitui apenas um método de arquivamento de dados, mas configura-se num poderoso

mecanismo de eliminação e purificação de uma parcela da população de infratores, na medida em que uma parte não deve ser investida de cuidado, para que não se misture com os demais adolescentes. Mais do que isso, quando os usuários não aceitam as condições de tratamento impostas, promovem o seu próprio desligamento, ou melhor, a sua própria morte.

Ainda em relação aos prontuários etiquetados como AM, percebi que tais documentos se revelaram um importante analisador, desestabilizando minhas certezas, produzindo rupturas e decompondo o que até então era considerado como realidade verdadeira. Ao iniciar a pesquisa dos prontuários no ano de 2017, pensava que os documentos me levariam com certa facilidade para uma quantidade significativa de jovens, de forma que pudesse acompanhá-los em suas trajetórias. Porém, cada vez mais notava que muitos adolescentes que não aderiam ao tratamento eram desligados do serviço. Assim, tornavam-se Arquivo Morto. Neste momento, vale lembrar o conceito de ferramenta desenvolvido por Guattari, no contexto da Psicoterapia Institucional, e incorporado por Lourau (1993) na Socioanálise, no qual o autor define os analisadores enquanto acontecimentos – no sentido daquilo que produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise, que decompõe, “que fazem surgir com mais força, que fazem aparecer em um só golpe, a instituição invisível” (p. 35). Aqui a situação analisadora possibilitou-me problematizar/experienciar formas de funcionamento do CAPSi, bem como a cristalização do modo de se fazer pesquisa, que, em dado momento histórico, vem funcionando como essência, universalidade, verdade instituída. Para tanto, os analisadores desmancham os lugares previamente estabelecidos, desfocando o que estava enquadrado em nossa percepção prévia, fazendo surgir com mais força no encontro dos acontecimentos, pois somente no movimento do encontro é possível sua produção (COIMBRA; NEVES, 2002). É por isso que vão além, pois são sempre os analisadores que dirigem a análise. Ao desvelar o caráter fragmentário, parcial do cuidado em saúde junto aos autores de ato infracional, o analisador Arquivo Morto permitiu-me assumir um outro lugar de pesquisadora/acadêmica por mim ocupado, mostrando-me que apenas no mergulho da dinâmica institucional do CAPSi, somente no mundo dos encontros, era possível experienciar o cuidado junto aos adolescentes.

*“Mais um adolescente vira AM. Estava na hora de sair do lugar de passividade e literalmente segui-los. Era mais do que percorrer 43 km, adentrar ao CAPSi com certa facilidade e me sentir segura ao anotar os prontuários. Era preciso mais!!”* (Diário de Campo, 22/02/2017).

## 2. DA ARTE DE VIVER E ESCREVER A EXPERIÊNCIA DO CUIDADO

Então, as histórias não são inventadas? Mesmo as reais, quando são contadas. Desafio alguém a relatar fielmente algo que aconteceu. Entre o acontecimento e a narração do fato, alguma coisa se perde e por isso se acrescenta. O real vivido fica comprometido. E, quando se escreve, o comprometimento (ou o não comprometimento) entre o vivido e o escrito aprofunda mais o fosso. Entretanto, afirmo que, ao registrar estas histórias, continuo no premeditado ato de traçar uma escrevivência. (EVARISTO, 2011, p. 9).

A entrada em campo no CAPSi consistiu em acompanhar a trajetória de vida dos autores de ato infracional identificados pela equipe do serviço, por mobilizarem os trabalhadores mais envolvidos, de um modo ou de outro, no cuidado em saúde mental dos usuários. Neste sentido, a pesquisa de campo exigiu a habitação do CAPSi, sendo necessário certo ultrapassamento do local, desbravando novos territórios que em princípio não costumava habitar. Diante da relação de proximidade com o serviço, ser uma pessoa conhecida ali indicava a possibilidade de conhecer minimamente o que se fazia, mas não se traduzira ainda em um saber efetivo sobre o cuidado produzido no CAPSi. Formulava algumas questões, buscava alguns caminhos concretos. De certa forma, eu não partia do zero. Apesar de debruçar-me sobre alguns adolescentes apontados pela equipe de saúde mental, apenas com um usuário pude vivenciar a experiência de acompanhá-lo a partir da perspectiva do caso traçador. No desenrolar da pesquisa, por meio dos diferentes encontros que ocorriam (ou não) com os jovens, mais do que simplesmente segui-los, pude trocar com alguns deles e sentir-me tocada de certo modo por suas trajetórias. Desde a primeira vez em que busquei conversar com um jovem, convidando-o para participar da pesquisa, deparei-me com uma primeira dificuldade, premente junto àqueles que desejam escutar autores de ato infracional: a necessidade de autorização dos programas de medida socioeducativa. No caso das medidas socioeducativas em meio aberto, fui informada pelo juiz da Vara da Infância e da Juventude de que não existia a necessidade de anuência do judiciário no acesso aos jovens para as entrevistas. A autorização é fornecida pelo próprio jovem e, concomitantemente, pelo responsável legal. Apesar de não haver necessidade para tal determinação, andava com a autorização emitida pelo juiz, pois sempre tive receio de ser impedida de acompanhar os jovens, situação que poderia me deixar de “mãos atadas”. Em se tratando dos internos da Fundação CASA, exclusivo para adolescentes em privação de liberdade, a unidade segue a Portaria normativa nº 155/2008, que estabelece procedimentos para a realização de pesquisa no âmbito da Fundação. Do ponto de vista institucional, as pesquisas somente poderão ser realizadas nos órgãos e nas unidades de atendimento da Fundação mediante autorização do Gabinete da Presidência. Para tanto, deve-se protocolar os

documentos exigidos, que serão avaliados individualmente pelos seguintes órgãos: Escola para Formação e Capacitação Profissional, em conjunto com a Assessoria de Comunicação Social e Diretoria Técnica ou Diretoria Administrativa. Após avaliação, a pesquisa será autorizada somente pelo Gabinete da Presidência da Fundação. A portaria ainda estabelece, no que concerne aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em unidades de internação, que o pesquisador responsável deverá obter autorização judicial, bem como, no caso de adolescentes com idade inferior a 18 anos, deverá contar ainda com a autorização dos pais ou responsável pelo adolescente.

Devido à burocracia para ouvir os internos da Fundação, decidi ater-me à escuta dos adolescentes que cumpriam medida socioeducativa em meio aberto. Porém, mais do que isso, no fundo havia outras razões. Desde o começo, preferia que a anuência principal fosse dada pelo adolescente sem a necessidade de intermediação da equipe técnica e do diretor da Fundação, por isso pareceu-me profícuo iniciar a aproximação com eles fora da unidade. Supunha maior liberdade na circulação dos espaços e no contato direto com os jovens. Se, por um lado, não tive a oportunidade de vivenciar as frases e ditos, o universo de normas e disciplinas vigentes que regem os espaços de internação, por outro isso não me impediu de ter contato com os adolescentes em privação de liberdade. Como eles, em sua maioria, frequentavam o grupo Altos Papos do CAPSi, que tinha como objetivo o atendimento terapêutico para usuários de drogas, tive a oportunidade de ouvi-los, pois participei do grupo, entre os meses de agosto e novembro de 2017 e entre os meses de fevereiro e março de 2018, na tentativa de acompanhar o segundo caso traçador.

Sobre a experiência de aproximar-me dos jovens, deparei-me com outra dificuldade: a desconfiança de tudo e de todos. No primeiro contato, buscava deixar claro o objetivo da pesquisa e minha posição institucional: eu não era uma profissional da Justiça, tampouco do CAPSi. Contudo, por mais que afirmasse minha atuação como pesquisadora para propiciar uma aproximação necessária, os adolescentes por muitas vezes recorriam a uma proteção individual de tudo e de todos. *“Explico sobre a pesquisa e a possibilidade dele participar. Ele apenas escuta, mas quem responde é a mãe. Fala que seria bom participar da pesquisa, mas acredita que o filho não concordaria que eu fosse à sua casa. Digo que não precisaria conversar em sua casa, poderia ser em qualquer lugar. O adolescente não fala, apenas observa. Saio para pegar um modelo de TCLE. Quando retorno, a mãe diz que ele não quer participar, pois não quer falar sobre a sua vida. A mãe esclarece que ele comparece ao CAPSi por obrigação, como*

*no local de cumprimento de medidas de LA. Após a recusa, percebo em seu semblante certo alívio!”* (Diário de Campo, 03/03/2017).

Afinal, o reconhecimento de que os autores de atos infracionais são difíceis, pouco acessíveis e que não aderem ao tratamento parece sempre sobressair nas falas dos profissionais que atuam nos serviços destinados a eles. Daí o impasse, já que os jovens acabam também deixando no ar a forte impressão de desinteresse pela participação da pesquisa. Jacques Meunier (1978), em sua etnografia acerca dos gaminos (como eram conhecidas as crianças de rua de Bogotá), nos alerta:

Minha decepção não era nada. Eu ia logo descobrir o quão difícil é entrar em contato com eles, e confraternizar. Domesticá-los. Eu me deparava bem depressa com aquilo que melhor os caracteriza, logo de saída: sua desconfiança com relação ao mundo adulto. (p. 14).

Outro exemplo claro dessa desconfiança foi apresentado por Vicentin (2005), ao realizar uma proposta de intervenção grupal com internos da antiga FEBEM/SP, como estratégia metodológica para sua pesquisa de doutorado. Com o intuito de ouvir o ponto de vista dos jovens a respeito das rebeliões, a autora, em várias ocasiões durante os grupos, precisou explicitar a real desconfiança dos internos em relação a ela.

Apesar de ser frequentemente invadida por um certo desânimo nessa aproximação, quando não conseguia ter continuidade no contato com os adolescentes, optei por arriscar-me no terreno das incertezas, deparando-me com outros modos de fazer pesquisa na relação com os autores de ato infracional.

## **2.1 A Trajetória do jovem Miguel**

Conheci Miguel na época em que trabalhava como psicóloga no CAPSi. Tivemos dois períodos de encontros, no primeiro momento entre os anos de 2011 e 2014 e, posteriormente, quando acompanhei sua trajetória de maneira mais intensa ao longo da pesquisa de doutorado, no ano de 2017, mantendo ainda contatos esporádicos via mensagens de WhatsApp com sua mãe em 2018. Mesmo quando não estava frequentando os serviços, Miguel sempre era lembrado pelas profissionais que atuavam no CAPSi, no CAPSad e no programa de medida socioeducativa de liberdade assistida. A respeito da circulação de Miguel entre os serviços de saúde mental e de justiça, pode-se dizer que, durante a pesquisa, tornou-se confusa a categoria “autor de ato infracional”, pois o jovem também era visto simultaneamente como “usuário de

drogas”. Se na primeira categoria Miguel era alocado no lugar de objeto de sanções disciplinares, na segunda ele era visto como sujeito que necessitava de tratamento, sendo ofertado, de certa forma, o cuidado em saúde mental.

Para compor a trajetória de Miguel, recorri aos relatos de nossas conversas e de minhas impressões registradas no diário de campo, narrativas construídas pela equipe do CAPSi e registradas em prontuário, conversas com profissionais do programa de medidas socioeducativas, mensagens trocadas por WhatsApp, além de recortes de entrevistas com ele e sua mãe. Nesse caso, o diário de campo foi ferramenta fundamental, pois produziu um conhecimento sobre a temporalidade da pesquisa que não é a dos resultados, nem do texto final (LOURAU, 1993). Lourau, ao citar Remis Hess, fala do Diário Institucional, onde o pesquisador não anota diariamente todos os acontecimentos, somente aqueles que lhes tenham tocado. Para suportar tanta turbulência, precisamos de pontos de referência, portanto, em certo momento, é necessário ler o que foi escrito, pôr em forma as ideias, ordenar. Conforme relatado por Barros e Passos (2015), o texto diarístico muito antigo, como relato em primeira pessoa, tornara-se moda no início do século XIX, “servindo de recurso para o trabalho de cientistas que se lançam ao campo deixando a segurança dos laboratórios de pesquisa.” (p. 173). Não se trata, portanto, de um diário do íntimo de uma intimidade propriamente pessoal, pois se refere à dimensão coletiva por estar composto por diversas falas, conversas informais, observações do cotidiano, trocas de mensagens entre o pesquisador, os integrantes da equipe e os sujeitos da pesquisa. Como disse a escritora Ana Cristina Cesar sobre os diários inventados: “se você vai ler esse diário fingido, você não encontra intimidade aí. Escapa.” (CESAR, 1999, p. 259).

Lourau ainda ilustra um dilema: não se faz sociologia das oito horas ao meio-dia, e das quatorze às dezoito horas, já que o sociólogo está atravessado por seu objeto tanto de dia como à noite (HESS, 2004). Chama atenção aquilo que está fora da cena oficial da escritura, o “fora do texto” das ciências humanas, pois evidencia o “movimento de se jogar na água”, mergulhando no território da pesquisa. Segundo Lourau (1993), os textos diarísticos “revelam as implicações do pesquisador e realizam restituições insuportáveis à instituição científica. Falam sobre a vivência do campo cotidiana e mostram como, realmente, se faz a pesquisa. E é isso que não se deve dizer ou mostrar.” (p. 72).

A seguir, trago um recorte do prontuário de Miguel produzido pelo CAPSi e pelo programa de medida socioeducativa em meio aberto, nos anos compreendidos entre 2012 e 2016. A trajetória de Miguel pode ser dividida em quatro fases. Uma primeira que inclui o início

do tratamento no CAPSi e a descoberta pela mãe do uso de drogas pelo filho; a segunda parte que evidencia sua passagem pelo sistema de justiça juvenil (cumprimento de medida socioeducativa de LA); uma terceira parte quando o jovem passa pela vivência de internação nas Comunidades Terapêuticas; e o quarto momento marcado pelo intenso envolvimento no uso e tráfico de drogas e pelo desinteresse em permanecer em tratamento no CAPSi.

Miguel começou seu percurso institucional no CAPSi com 12 anos, quando foi acolhido no serviço a pedido da mãe em função de uma briga na escola de onde foi expulso. Miguel reside com a genitora, o padrasto e a irmã mais nova. Os pais se separaram quando Miguel tinha 05 anos de idade. O adolescente possui uma boa convivência com o padrasto, já com o pai tem uma relação distanciada: sente vontade de vê-lo, porém o genitor não o procura. Com a mãe, relata que não possui um bom relacionamento: “ela é estressada e tem mania de limpeza”. Durante a orientação familiar, a mãe confirma intenso conflito entre ela e o filho e que iniciou com ele sua passagem pelo psiquiatra particular, no qual foi administrado o uso de medicamentos psicotrópicos destinados ao controle da agressividade. A mãe relata que Miguel possui um comportamento agressivo, sendo a primeira vez que ela busca auxílio na rede de serviços do município. Ao ser acolhido no CAPSi, recebeu o diagnóstico de “Transtorno de Conduta” (F.91). Nesse primeiro momento, o prontuário não faz menção ao uso de drogas e nem à prática de ato infracional. Como conduta de tratamento, Miguel foi incluído em um grupo terapêutico no qual eu era psicóloga e a mãe foi inserida no Grupo de Família. Digamos que esse pode ser considerado o nosso primeiro contato. Meses mais tarde, a mãe relata para as profissionais do CAPSi que descobriu que o filho fazia uso de maconha e cocaína. Paralelamente ao atendimento no serviço público, Miguel continua com o tratamento no psiquiatra particular. A mãe acredita que o problema do filho possa ser resolvido com remédio. Devido à demanda de uso de drogas, o jovem foi transferido para outra modalidade de atendimento, o grupo Altos Papos. Após a confirmação do uso de drogas, o adolescente relata que se aproximou do pai, pois o genitor também passou por essa problemática.

A segunda fase é marcada pelo envolvimento de Miguel com atos infracionais (furtos, roubos e tráfico), também nessa época tem sua primeira medida socioeducativa decretada pelo juiz: a liberdade assistida por conta do tráfico de drogas. O adolescente inicia o cumprimento da liberdade assistida na entidade filantrópica destinada à aplicação de medida em meio aberto. O prontuário do programa de medidas traz o relato de Miguel sobre o uso de maconha realizado diariamente. O adolescente também diz abertamente sobre a experiência com a cocaína e o crack. Interessante notar que, no CAPSi, Miguel costuma negar o uso da cocaína em forma de

pedra. No relato há destaque para as infrações cometidas pelo adolescente: 2012 (furto) e 2013 (dois furtos e posse de drogas para consumo). Nesse período, o adolescente não consegue cumprir a medida e evade o programa. Concomitantemente, Miguel continua o tratamento no CAPSi e inicia o tratamento psiquiátrico no serviço. A equipe do CAPSi solicita a presença do genitor no Grupo da Família. O pai comparece ao CAPSi e assume ter sido ausente da vida do filho até os 10 anos, quando Miguel começou a apresentar problemas com drogas. Após esse atendimento, o pai não retorna ao serviço. Devido à intensificação dos furtos e ao envolvimento com o tráfico de drogas, a mãe informa que teve que mudar de endereço devido à represália de integrantes do tráfico, já que Miguel possui dívidas com eles. Durante esse período, Miguel inicia sua vivência nas ruas, dormindo fora de casa. Como forma de arranjar uma ocupação, o jovem começa a trabalhar com o padrasto no transporte alternativo de passageiros, auxiliando-o como trocador de van.

A terceira parte é evidenciada pela entrada mais consistente de Miguel nas Comunidades Terapêuticas (CTs). Nessa época, devido à intensidade do uso de drogas, inclusive com episódio de overdose, a mãe o interna no projeto Esquadrão Vida local para tratamento de drogas, permanecendo por 30 dias. Após a saída, meses mais tarde continua com uso constante de drogas e envolvimento em situações ilícitas, após o qual o próprio jovem solicita à mãe que seja novamente internado. Preocupada com a debilidade física do filho, a mãe, por conta própria, o envia novamente para a internação. Primeiramente procura por uma clínica particular, mas, devido ao valor pago, busca auxílio em uma comunidade terapêutica. Desta vez, interna o filho no projeto Resgate, que tem como “objetivo terapêutico, religioso e assistencial a reabilitação de dependentes químicos, drogas e álcool”, e a missão de “resgatar vidas restaurando a dignidade, caráter e ressocialização do ser humano, mas principalmente o encontro com Deus”. A equipe do CAPSi realiza uma visita institucional na Comunidade Terapêutica e mostra-se preocupada com a rotina ociosa do adolescente. Ao visitá-lo, reforça que o jovem continue em tratamento no serviço de saúde mental. Mesmo internado, Miguel tem a permissão de, duas vezes por dia, ir à rua vender sacos plásticos como forma de angariar recursos para a CT. Simultaneamente, continua frequentando o CAPSi. No grupo no qual estava inserido, conta sobre a sua rotina na Comunidade Terapêutica. Diz que faz atividades braçais como limpeza de casa e capinagem. Orar também faz parte do dia a dia. Após a saída definitiva da Comunidade Terapêutica, devido ao atrito com um cuidador que também estava em tratamento, comenta que está se sentindo bem e retoma o trabalho com o padrasto na van. Nessa época é realizada uma ação intersetorial entre o CAPSi e o programa de medidas socioeducativas, na qual os dois

serviços fazem um acordo com o jovem de que ele deve retomar a LA, além do retorno à antiga escola. Em contrapartida, o jovem solicita a inclusão em um curso profissionalizante, pois afirma a todo tempo a vontade de trabalhar e estudar.

A quarta parte da trajetória de Miguel ocorreu entre os anos de 2015 e 2016, quando o jovem atravessa um intenso período no uso e tráfico de drogas. Nessa época, Miguel foi pego pela polícia sem cumprir a LA. O promotor público solicita que o adolescente cumpra medida de internação. O jovem é liberado e aguarda a intimação em casa. Em conversa com as profissionais do CAPSi, Miguel e sua mãe consideram que a ida para a Fundação CASA será benéfica. Conforme os meses avançam, as ações delituosas se intensificam. Com o passar do tempo, o tráfico torna-se uma prática corriqueira. Sob ameaça no bairro onde mora, devido à aproximação da polícia e aos episódios de furto aos moradores, Miguel decide voltar a morar com o pai, mas continua trabalhando com o padrasto na van. Após um tempo, regressa para a casa da mãe e começa a frequentar a escola. Abandona a escola justificando que possui dificuldades para adaptar-se ao ambiente escolar, atribuindo-as à defasagem entre idade e série. A equipe do CAPSi realiza visitas domiciliares frequentes a fim de reforçar a continuidade no tratamento. Porém, no final de 2015, demonstra desinteresse na continuidade do atendimento ofertado no CAPSi, afirmando que “não quer vir mais, está cansado, vem porque é obrigado e já passou por todos os grupos” (*sic*). Ao completar 18 anos, diz que vai sumir. Nessa época, Miguel passa os dias fora de casa e não retorna ao CAPSi. A equipe realiza novamente visita domiciliar e o encontra visivelmente magro. Após a visita, o jovem retoma o atendimento no serviço de saúde mental. Refere-se à ideação suicida e a alucinações durante o uso de drogas. O jovem admite o envolvimento com o crack e interrompe o uso da medicação prescrita pelo CAPSi. Mostra-se preocupado e conta que possui dívidas com o tráfico e seu prazo para quitá-las está se esgotando. Miguel se nega a comparecer no grupo Altos Papos. A partir de julho de 2016, suas ausências são frequentes no CAPSi. Miguel não retorna para o serviço de saúde mental em 2017.

Página após página, o extenso prontuário recorta um fragmento de vida. Se o relato insiste aparentemente em descrever uma biografia, o diário de campo se cola no cotidiano, trazendo outras variações do viver de Miguel. Apesar das dificuldades apresentadas pelo jovem durante o percurso tumultuoso nos serviços, seu nome surge de forma unânime pela equipe de saúde mental, para que eu possa acompanhá-lo. Diante da situação concreta na qual os jovens autores de ato infracional “somem sem deixar vestígios”, crio coragem e decido apresentar a proposta de pesquisa a ele. No fundo, não havia muitas opções. Minhas tentativas até o

momento se moviam para uma sucessão de desencontros e desistências. Nesta medida, o que me deixava próxima ao jovem era a suposta relação de vínculo construída na época em que trabalhava como psicóloga no CAPSi. Frágil relação, embora de um ponto de vista conceitual, o vínculo é de suma importância para conseguir a proximidade e a confiança dos jovens, ou de qualquer outra pessoa, já que, na prática, o vínculo é conquistado gradativamente, ao longo de sucessivos encontros.

### 2.1.1 A construção do vínculo na experiência do cuidado

A despeito da noção de vínculo, o antropólogo Gabriel Feltran (2010), ao acompanhar o atendimento realizado pelo CEDECA Sapopemba, na zona leste de São Paulo, junto aos adolescentes que haviam recebido medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), descreve que a ideia de vínculo sintetiza uma condição primeira e fundamental do atendimento a partir da articulação de uma tríade de conceitos, juntamente com o encaminhamento e a rede de proteção. Na tentativa de aproximar as representações do jovem favelado às do sujeito de direitos, trata-se do estabelecimento de uma relação específica entre o “educador social” (profissional contratado pela entidade) e o adolescente atendido. Com características ao mesmo tempo pessoal e profissional, o vínculo supõe idealmente uma relação desigual: do ponto de vista do educador, conteúdos técnicos facilitariam um certo “distanciamento profissional” em relação ao atendido; do lado do adolescente, a relação estaria permeada pela “confiança pessoal” que lhe propiciaria se engajar nas atividades propostas. Na verdade, o vínculo expõe claramente dois lados: o pessoal, porque é afetivo, e o profissional, porque requer um certo distanciamento. “É consenso, entretanto, que o vínculo se ampara em relações densamente pessoais” (FELTRAN, 2010, p. 215). Na perspectiva do educador sem o vínculo, o adolescente permaneceria, portanto, alheio ao campo do direito. Construído o vínculo, ele pode ser encaminhado à esfera das garantias públicas. Contudo, não é tão simples assim. Feltran exemplifica como a rede de proteção social não funciona, ou melhor, não existe como tal, principalmente para aqueles que cumprem medidas socioeducativas.

A oportunidade de emprego exige ficha de antecedentes criminais, o posto de saúde não oferece tratamento para dependência química, o curso de informática é caro, a escola já expulsou aquele menino uma vez, os aprendizes em seleção pela Embratel devem ter o ensino fundamental completo. Na hora da entrevista, o menino só falou gíria. No primeiro dia na Frente de Trabalho, achou o serviço muito pesado. Quando preencheu a ficha do serviço militar, disse que não era voluntário. No exame físico, as tatuagens o barraram. Abandonou a Prestação de Serviços na escola, teve vergonha de varrer o pátio na frente dos colegas. Faltou à audiência no fórum, “vacilo”... (2010, p. 217).

Retomando a pesquisa no CAPSi, percebe-se que são infrutíferas as tentativas da própria equipe de saúde mental, juntamente com as profissionais de medidas socioeducativas, em inserir Miguel numa rede de proteção. De certa forma, os serviços oferecidos possuem poucos atrativos para que o adolescente retorne à escola, pois o jovem precisa lidar com a defasagem entre a idade e a série. Quando incluído em um curso profissionalizante, deve ter no mínimo o ensino fundamental completo, exigência obrigatória na maioria das situações. Ou, ainda, ao frequentar o tratamento de saúde, deve seguir corretamente as prescrições terapêuticas. Neste sentido, a ideia de vínculo não necessariamente comporta a inserção nos serviços, pois envolve uma série de variáveis capazes de influenciar a adesão ao CAPSi ou ao cumprimento da medida. As frases a seguir, colhidas no meu diário de campo, expõem a fratura, sugerindo que a noção de vínculo no CAPSi esteja intrinsicamente relacionada à frequência formal do usuário no serviço de saúde mental. *“Em relação ao caso Miguel, a coordenadora acha que o adolescente não possui vínculo com o serviço e que já deveria ter sido desligado.”* (Diário de Campo, 13/07/2017). Em outro momento: *“a coordenadora alega que após a saída do adolescente da clínica de recuperação será dado a alta, pois ele não possui vínculo com o serviço.”* (Diário de Campo, 18/07/2017).

Existe, no entorno sobre a questão do vínculo, a ideia de que o profissional de saúde e o adolescente estariam em universos distintos, ora em relações bastante pessoais, ora em relações estritamente profissionais, portanto mais distanciadas. Ou, ainda, que Miguel possui vínculo com as pessoas e não com o serviço. Todavia, Rui (2010) faz um contraponto ao universo da pesquisa de Feltran (2010), no qual os educadores imersos na busca de uma relação de vínculo com os adolescentes acabam por desconsiderar seu papel de mediadores e/ou representantes do Estado e/ou do mundo público do direito. Muitos deles, ao se depararem com as condições de vida dos jovens, adoecem física e psiquicamente, e chegam ao ponto de até abandonar o trabalho. No contato direto do cotidiano com os jovens, os profissionais são seriamente afetados. Como a autora observa, a questão da distância entre os jovens e os educadores merece ser um pouco mais problematizada.

Nos documentos ministeriais no campo da saúde mental infantojuvenil, a questão do vínculo é uma característica que vai se desenvolvendo pontualmente no decorrer dos anos. No documento norteador da política de saúde mental para a infância e juventude (BRASIL, 2005), a noção de vínculo está atrelada ao direito de convivência familiar e comunitária que perpassa a vida de toda criança e adolescente, contudo, o direito a ter vínculos vai além da relação com a família na qual o sujeito deve ser incluído em uma cultura e em uma sociedade. Neste caso, o

vínculo aparece de forma bastante incipiente. Anos mais tarde, a noção de vínculo (BRASIL, 2014a) surge relacionada à concepção de acolhimento, cabendo à rede de saúde mental buscar criativamente, e sem soluções preconcebidas, formas de vínculo com o usuário, principalmente aqueles em situação de risco, entendendo que tais condições são essenciais à adesão ao tratamento e à construção de vias de superação. No mesmo ano, com base no documento “Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos” (BRASIL, 2014b), é possível encontrar a importância do vínculo nos primeiros anos de vida, como parte integral da saúde da criança e da sua família com os serviços, como também a preocupação com a preservação de vínculos sociais e comunitários com os adolescentes que praticam ato infracional sobre os quais podem incidir as medidas socioeducativas. Com isso, o documento prossegue trazendo à tona o estabelecimento do vínculo, os conceitos de autonomia, o estímulo às relações interpessoais e o fortalecimento de redes de apoio às crianças, aos adolescentes e às suas famílias, como processos fundamentais para a produção de saúde dessa população. O documento destaca alguns componentes da RAPS, ressaltando que a proximidade das equipes de Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS), é um fator positivo para a formação de vínculos. Ainda na Atenção Básica, aponta o consultório na rua como uma modalidade de atenção que, mediante a presença sistemática nos territórios de maior vulnerabilidade, favorece a construção de vínculos e de acesso às crianças e adolescentes em situação de rua aos serviços e ações do SUS. A partir do reconhecimento da construção do acolhimento e do vínculo, os consultórios de rua tornam-se lugar privilegiado como prerrogativa para a proteção integral preconizada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Já os CAPS aparecem como serviços que realizam o acompanhamento dos usuários em situação de crise, podendo ser mais efetivos, pois os profissionais conhecem a história do sujeito, o contexto em que se desencadeou a crise. O ambiente familiar e os vínculos de confiança estabelecidos com as crianças e adolescentes acabam tornando possível a retomada da vida familiar, escolar e social. No caso específico dos jovens autores de ato infracional, a portaria que aprova a Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei – PNAISARI (BRASIL, 2014c) menciona apenas uma vez o desenvolvimento do vínculo, articulando-o ao acolhimento de demandas com escuta qualificada dos profissionais integrantes das equipes responsáveis pela saúde, que podem contribuir na melhoria da saúde mental dos adolescentes que se encontram internados nas unidades socioeducativas.

Diante da constatação dos documentos oficiais da política de saúde mental infantojuvenil, pode-se dizer que a temática do vínculo ainda aparece sob uma definição pouco precisa, pautada na leitura de uma realidade distanciada do cotidiano dos serviços. Sob esse ponto de vista, toma corpo a necessidade de olharmos para a relação entre usuários e trabalhadores, a fim de propiciar a experiência do encontro entre ambos, o que implicaria numa confiança recíproca. Neste caso, aquilo que se chamaria de vínculo não é algo que o trabalhador possa construir unilateralmente (SEIXAS et al., 2016), mas será a partir do reconhecimento mútuo no qual o jovem usuário, ao demonstrar interesse pelo outro, possa ser capaz de enxergá-lo como alguém possível de estabelecer laços e pactuações. No contexto da saúde mental, torna-se necessário atentar para as palavras proferidas por Seixas et al. (2016), que, ao citarem Merhy (2014), compreendem que o encontro entre-dois, usuário e trabalhador, não é um simples encontro de diferentes, mas muitas vezes de mundos distintos. Neste caso, a possibilidade de uma relação simétrica, de equivalentes, torna-se uma aposta política em um tipo de relação entre si e o outro. Relações simétricas, portanto, são produtoras de vínculos.

Nesse caminhar com Miguel pelos locais de cuidado (ou não), produziu-se uma possibilidade de vínculo junto a ele e sua família. Com efeito, minha experiência em acompanhá-lo e, em seguida, minha experiência com o cuidado junto a ele, levaram-me a pôr em questão o próprio cuidado ofertado no CAPSi. Desse modo, para ir ao encontro de Miguel, que não havia retornado ao serviço no início de 2017, mas permanecia no “arquivo vivo”, contei com o auxílio das profissionais de referência que se colocaram imediatamente à disposição para intermediar nosso contato. Após terem se certificado da data da próxima visita domiciliar e comunicado a coordenação a respeito de minha participação, fui informada sobre a data em que iríamos à residência de Miguel. Chegado este dia, fomos ao encontro dele. Ao me aproximar da casa, não fazia ideia de quantas vezes retornaria posteriormente ao local. Pergunto-me mais uma vez sobre o que devo abordar. Por onde começar? Naquela primeira visita, Miguel não estava, porém não me surpreendi, pois raramente ele era encontrado em casa. O contato foi com Clarice, mãe de Miguel, que nos relatou que o filho estava no litoral norte do estado de São Paulo havia mais ou menos uma semana. Como não possuía dinheiro para voltar para a casa, a mãe teria que ir buscá-lo. Receosa, acreditava que talvez ele estivesse dormindo nas ruas. Em uma breve conversa, falei sobre a pesquisa. Optei por falar de modo bastante geral sobre a proposta, e o que tinha me levado até ali. Durante nossa conversa, Clarice se disponibilizou a participar da pesquisa. Ela acreditava que Miguel também iria se mostrar interessado, “já que

*ele gosta de ser o centro das atenções*”. Uma fala dela foi muito significativa para mim: “*ele é como um passarinho que gosta de voar*”.

Naquele momento, minha preocupação era não perder Miguel, pois ele iria fazer 18 anos. No decorrer da pesquisa, a ameaça da maioria sempre rondou os jovens autores de ato infracional incluídos no CAPSi. O fato de o jovem completar 18 anos era um indício de encaminhamento para outro serviço, ou para o seu desligamento caso não estivesse mais comparecendo, mesmo que as profissionais do CAPSi tivessem conhecimento da Nota Técnica nº 42/2012, referente à Portaria 845/2012<sup>28</sup> (BRASIL, 2012), que estabelece que a faixa etária atendida no CAPSi vai de zero a vinte e cinco anos.

Passados alguns dias, realizei, junto com uma profissional do CAPSi, a segunda visita domiciliar. Para a minha surpresa, ele estava em casa. Visivelmente abatido, aparentando estar bem mais magro, disse que estava no *corre* (usualmente conhecido como ação criminosa, porém, no caso dos adolescentes, significa espécie de trabalho no tráfico de drogas), usando todo tipo de droga (maconha, cocaína e bebida alcoólica). Naquele momento, não fez menção ao consumo do crack. Contou-me que gostou de ficar no litoral paulista. Disse que dormiu em uma pousada e que não usou drogas, mas foi só chegar à cidade onde mora que se envolveu novamente. Nesse momento, falou que nada dava certo em sua vida, comentando que estava com uma menina, mas que o relacionamento acabou. Chorou rapidamente. Miguel contou tudo na frente da avó, que reclamou do seu comportamento. Ele repetiu o pedido do prontuário: disse que queria voltar a trabalhar. Pergunto se já não trabalha no tráfico. Ele responde negativamente, porque trabalha e faz uso. Falei da pesquisa e do interesse em acompanhá-lo: “*não faço nada, não trabalho e não estudo*”. Digo que quero acompanhá-lo assim mesmo. Envolveu-me de perguntas: “*o que vai escrever? Você vai escrever um livro?*” A avó continuou reclamando do neto e o ambiente tornou-se tenso. A fim de evitar maiores transtornos para Miguel, decidi propor uma nova aproximação. Combinamos de nos encontrarmos no CAPSi, falei que seria importante que sua mãe também fosse, porém ele disse que queria ir sem a presença dela.

Nosso encontro foi marcado por um impasse, pois no mesmo horário ocorria o grupo Altos Papos, no qual Miguel estava inserido desde 2012. Contudo, o jovem se recusava a participar, já que queria conversar comigo. Naquele momento, Miguel não teve escolha, pois

---

<sup>28</sup> Segundo critérios do Ministério da Saúde Dapes/SAS, foi estabelecida a faixa etária de 0 a 110 anos para os Centros de Atenção Psicossocial, especificamente no CAPSi os atendimentos oferecidos seguirão a idade de 0 a 25 anos e no CAPSad e CAPSad III de 6 a 110 anos.

foi obrigado a entrar no grupo. Para amenizar a situação, disse que o estaria esperando. Sobre essa situação, algumas questões surgem rapidamente. Desde os primeiros contatos com a equipe do serviço de saúde mental, apresentei os critérios para a escolha dos jovens usuários guias, buscando me aproximar dos autores de ato infracional em tratamento no CAPSi que cumpriam ou haviam cumprido medida socioeducativa. A obrigatoriedade em permanecer no CAPSi como condição para participar da pesquisa me angustiou e atizou meu pensamento, quando o jovem Miguel se recusou a seguir o procedimento de frequentar o grupo Altos Papos. Além do mais, Miguel dizia que gostava das profissionais do CAPSi, mas não do grupo. Até que ponto minha pesquisa, ao propor o critério de adesão ao serviço, “amarrava” os jovens ao tratamento? Conseguiria fazer diferente? Hoje trabalho com duas hipóteses que merecem ser consideradas: a primeira, não era a pesquisa que prendia os jovens no CAPSi, mas era o próprio cuidado que emergia do serviço, a partir da perspectiva do “cuidado protocolar” (MÉLLO, 2017), que fazia com que os jovens fossem obrigados a permanecer no tratamento. Em se tratando do cuidado administrado no grupo, os profissionais acreditavam que a frequência na atividade era essencial para a vida dos sujeitos. Seguindo tal linha de raciocínio, Méllo afirma que o “cuidado protocolar”, ou “cuidado seguro”, estaria atrelado à ideia de segurança, pressupondo tecnologias de saúde, que mantenham a população “preservada” e “segura” para ser produtiva não só economicamente, mas politicamente, mantendo certa ordem. Para tanto, o autor retoma as discussões de Foucault sobre o biopoder como modo de gerenciar a população por meio de técnicas biopolíticas. Para tanto, certo governo que busca controlar a população (a biopolítica) é condição de possibilidade para práticas e saberes que vão encontrar guarida em conceitos como “cuidado” e “risco” na direção de fazer a população viver em certo regime (FOUCAULT, 2008b). Como entende Méllo (2017), “o cuidado pode ser remetido ao gerenciamento da vida da população alinhado ao conceito de segurança na ‘era dos riscos’ e na ‘era dos direitos’.” (p. 38). A respeito da era dos riscos e dos direitos, Méllo enfatiza que tais momentos se imiscuem no contemporâneo, sustentando-se em vários dispositivos, como a cultura individualista, direitos, riscos, estilos de vida saudáveis e culpabilização.

A segunda hipótese era a de que, de fato, especificamente em relação ao jovem Miguel, o CAPSi não o havia desligado oficialmente por conta da possibilidade de participação na pesquisa. Seria sobre estar fora dentro, e dentro, mas fora. *“Esse era um dos meus receios, de que a pesquisa interferisse no processo de funcionamento do serviço. Impossível ser/estar neutra neste espaço.”* (Diário de Campo, 13/02/2017). Conforme sugere Merhy (2004), nesse cenário o pesquisador está “tão implicado com a situação, que ao interrogar o sentido das

situações em foco, interroga a si mesmo e a sua própria significação enquanto sujeito de todo este processo” (p. 08). Vivenciando o processo investigativo como uma forma de estar no mundo, minha experiência de campo se sustentou no encontro com o outro (usuários e trabalhadores da saúde), possibilitando interferências/intervenções/contágios que iam se interpondo em nossas conversações. Em seguida, as situações que vivi no campo também se pautaram na prática do pesquisador in-mundo, como aquele que, tomado pelas mãos de um sujeito ou de vários, é conduzido aos meandros do cuidado num movimento permanente de problematização de si e do mundo, compondo e decompondo modos de subjetivação.

## **2.2 O caso traça a dor: “avesso do avesso do avesso”**

Nesses tensos encontros que marcam o trabalho entre a saúde mental e a justiça, Miguel aparece, sem dúvida, como um jovem usuário guia que vai além do caso clínico, imprimindo um certo ritmo e uma determinada maneira de viver produzindo, e sendo produzido, dentro e fora das redes formais de cuidado. Aqui tomamos como empréstimo a noção de usuário guia, que tem as características de um “caso traçador do cuidado” (ABRAHÃO et al., 2016), institucionalizado ou não. A insígnia “avesso do avesso do avesso” foi inspirada na ideia do “louco muito louco”, como sendo um caso complexo que demanda muitas redes de cuidado e que traz muitos problemas para a equipe de saúde.

A análise inclui a avaliação de um processo de trabalho de uma equipe, mas não se limita a ela, pois será a partir da reconstituição de um caso que poderá ser melhor observado o ato de cuidar oferecido ao usuário. Abordar a questão do cuidado é reafirmar que não se trata de uma simples reestruturação do modelo de atenção integral em saúde. Aceitar cuidar, como ocorreu nesta pesquisa, pressupõe a capacidade de afetar e ser afetado, incluindo signos bem contraditórios que transitam pelos estados de alegria e tristeza, de frustração e carinho, de impotência e ternura. Nessa linha de entendimento, trago a ideia empreendida pela antropóloga Jeanne Favret-Saada no texto “Ser afetado” (2005), onde a autora realiza um trabalho sobre feitiçaria no Bocage francês, propondo que ser afetado não equivale a um sentimento, mas sim em deixar-se alcançar por uma compreensão de mundo diferente daquele ao qual estamos habituados, ou seja, implica permitir-se apreender diferentes formas de vida. Avançando, Favret-Saada entende que ser afetado não significa sentir empatia, o que supõe, portanto, manter certa distância: “é justamente porque não se está no lugar do outro que se tenta representar ou imaginar o que seria estar lá e quais sensações, percepções e pensamentos ter-se-ia então”

(2005, p. 159). Ao contrário, a autora afirma a necessidade de aceitar a ocupar o lugar, vivenciado o que o sujeito vive sem a necessidade de identificar-se e fundir-se com o outro.

Nesses momentos, se for capaz de esquecer que estou em campo, que estou trabalhando, se for capaz de esquecer que tenho meu estoque de questões a fazer... se for capaz de dizer-me que a comunicação (etnográfica ou não, pois não é mais esse problema) está precisamente se dando, assim desse modo insuportável e incompreensível, então estou direcionada para uma variedade particular de experiência humana – ser enfeitado, por exemplo – porque por ela estou afetada. (FAVRET-SAADA, 2005, p. 160).

O percurso de Favret-Saada (2005) em campo pode ser sintetizado por quatro traços distintos do fazer etnográfico. Em primeiro lugar trata-se do reconhecimento de que a comunicação etnográfica oriunda de uma comunicação verbal, voluntária e intencional, constitui-se como uma das mais pobres variedades de comunicação humana. Por esse motivo, a autora considera que uma comunicação involuntária e desprovida de intencionalidade deve ser tratada de forma relevante. É voltando sucessivamente a tais situações que ela constitui sua etnografia. No segundo traço distintivo, Favret-Saada destaca a capacidade do pesquisador de tolerar a afetação, compreendê-la e fazer dela objeto de conhecimento. Ainda em relação ao pensamento da autora, uma outra importante particularidade apontada refere-se a que, no momento de maior afetação, não podemos narrar a experiência, pois é o mais difícil de ser traduzido em palavras e o tempo de análise virá mais tarde. O último e quarto traço distintivo diz respeito à densidade do material colhido por esse modo de produzir saber, que desafia o paradigma cientificista no qual ainda nos movemos em benefício de um método investigativo.

Quando me propus a acompanhar a trajetória de Miguel, a comunicação verbal ocorria de forma profícua junto a ele e sua mãe. Outras vezes, uma outra maneira de comunicação involuntária e desprovida de intencionalidade era evocada através dos sonhos.

*“Numa dessas manhãs em que acordo sobressaltada quando o pensamento se volta ao sonho e retorno à minha realidade cotidiana, lembro-me do sonho que tive durante a noite. Tento ligar para Clarice, mas ela não está. A avó me diz chorando que durante a madrugada homens entraram em sua casa e assassinaram Miguel. Fico atordoada. Começo a chorar. Quero saber sobre o enterro. Não consigo entender o motivo para tal atrocidade. Tento associar com algum evento ocorrido no dia anterior. Lembro-me de ter participado da defesa de mestrado de uma colega do NUPLIC (Núcleo de Lógicas Institucionais e Coletivas) sobre a chacina de 7 jovens na Brasilândia. Também me lembro da conversa que tive com a mãe de*

*Miguel, onde ela conta que teve que sair de casa onde morava porque o filho estava jurado de morte” (Diário de Campo, 09/03/2017).*

O sonho narrado reflete um modo de comunicar minha preocupação em relação aos jovens moradores da periferia. Sabe-se que os homicídios são a principal causa de morte de jovens entre 15 e 29 anos no Brasil, e atingem especialmente jovens negros do sexo masculino, moradores das periferias em áreas metropolitanas dos centros urbanos. Quanto a esse aspecto, é importante salientar os dados trazidos pelo “Mapa do Encarceramento: os jovens do Brasil” (BRASIL, 2015), que complementam e atualizam as bases do “Mapa da Violência: os jovens do Brasil”, de 2014, apontando-se em ambas as fontes a diminuição dos casos de homicídio no conjunto da população brasileira e, ao mesmo tempo, o aumento dos homicídios em um grupo específico da população, composto por jovens negros. A análise corrobora os dados oriundos do Atlas da Violência de 2019 (IPEA, 2019), no qual se observa a continuidade do processo de aprofundamento da desigualdade racial nos indicadores de violência letal no Brasil, já apontado em outras edições do estudo. De acordo com o documento de 2019, no período entre 2007 e 2017, a taxa de homicídios de negros (definidos como a soma de pretos ou pardos) cresceu em relação à de não negros, que apresentou um pequeno crescimento. Por sua vez, os negros são também as principais vítimas da ação letal das polícias e o perfil predominante da população prisional brasileira. A pesquisa também aponta a morte prematura da juventude (15 a 29 anos), na qual se observou aumento expressivo dos homicídios de jovens do sexo masculino, no período de 2017, em diversas unidades federativas do país.<sup>29</sup>

Afinal, quem se importa com as “vidas matáveis”<sup>30</sup>? Quem se importa com existências juvenis desperdiçadas que se deparam com o alto índice de desemprego, com a baixa escolaridade, com a violência urbana, entre tantas outras formas de violência? Como se não bastasse mais uma vez para os jovens moradores de favelas e bairros pobres, as tecnologias de

---

<sup>29</sup> Apenas uma ressalva: em março de 2019, o estado de São Paulo contabilizou 64 óbitos em intervenções policiais, contra 43 no mesmo período do ano passado. Ao que tudo indica, a letalidade policial já parece indicar um crescimento em terras paulistas. Sobre o assunto consultar: In: FOLHA DE SÃO PAULO, 08 de abril de 2019. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2019/04/mortes-demais.shtml>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

<sup>30</sup> Giorgio Agambem utiliza a expressão “homo sacer” para caracterizar a vida nua, exposta ao poder soberano. A figura do homo sacer designa aquele que foi julgado e condenado por um delito e que, devido a essa condenação, não pode ser sacrificado e, ao mesmo tempo, qualquer um que pode cometer contra a sua vida sem punição. Tomando emprestada a noção de biopoder de Foucault, Agambem destaca que a crescente implicação da vida natural do homem nos estados modernos começa a ser incluída nos mecanismos e nos cálculos do poder do Estado, operando na conversão da política em biopolítica. Assim, no interior de cada sociedade, o autor toma esta vida matável e insacrificável do homo sacer como vidas que não merecem ser vividas.

governo da vida cumprem seu papel de aprisionamento, expandindo, assim, por dentro e para fora das instituições austeras. Augusto (2013) argumenta que cada vez mais os pobres, pretos ou quase pretos, moradores de favelas e periferias, segmentos juvenis discriminados, vistos como suspeitos e tidos como possíveis infratores, são enviados aos equipamentos de internação juvenis ou controlados pelos programas de medidas socioeducativas em meio aberto. Modulações de controle ao céu aberto visam antecipar a prática do ato infracional para defendê-los de quem a lei determina que lhes deva oferecer uma proteção integral (AUGUSTO, 2013).

Em algum momento que não saberíamos precisar ao certo, deu-se um novo encontro e a experiência do cuidado pôde ser construída no percurso da pesquisa, potencializando junto a Miguel e sua mãe outras possibilidades para acompanhar sua trajetória. Da última vez em que encontrei Miguel no CAPSi, fiquei de entrar em contato para realizar uma entrevista. Com o consentimento dele, combinei de enviar uma mensagem via WhatsApp para o telefone da sua mãe. Nessa situação, Clarice tornou-se o elo para acessá-lo. Retomando a ideia da cartografia, não se trata, portanto, de uma pesquisa sobre algo, mas uma pesquisa junto a alguém ou algo. Na mensagem, Clarice comentou que Miguel teve uma crise de delírios, autolesionando o corpo. O adolescente havia cortado os braços na noite anterior. Aflita, ela comentou que Miguel fez uso de crack na lata. Acredita que tal situação ocorreu porque o filho misturou os remédios psiquiátricos (carbolitium, risperidona e carbamazepina), que usa de modo irregular com a droga. Sua fala reverbera como justificativa para apaziguar uma suposta desassistência, pois diz que irá procurar uma clínica psiquiátrica, como se o filho precisasse tomar remédios, e negar o uso de medicamentos fosse sentido como uma falta de cuidado.

Após as trocas de mensagens, não consegui parar de pensar no ocorrido. Estava trabalhando. Dei a segunda aula e fui para a casa. Senti-me forçada, obrigada a parecer e fazer acreditar na suposta neutralidade do pesquisador. Ao mesmo tempo, uma voz interior me acusava e alertava: era preciso fazer alguma coisa! Não consegui me conter. O sofrimento não permite adiamentos ou esperas. Mandeí uma mensagem: *“Oi Clarice vc não acha importante ligar para o Capsi? Avisar as meninas sobre o que aconteceu? 1:11PM. Sim vou ligar hoje para elas. Ele não quer ir hoje ao grupo por causa do jeito que está o braço dele. Claro, acho que elas podem te ajudar”* (WhatsApp, 13/03/2017).

Depois de ser submetido a um evento crítico, mistura de droga lícita e ilícita (conforme relato da mãe), Miguel assume os cortes como forma de expressão, inscrevendo no seu corpo aquela circunstância, quando as palavras falham e o próprio corpo torna-se o único meio de

expressão do sofrer. Um modo de exacerbar os efeitos das drogas, intensificando o uso dos remédios, levando ao limite a experiência da medicalização.

Como nos aponta Birman (2003), na contemporaneidade o mal-estar assume efetivamente novas modalidades de sofrimento, no lugar dos antigos conflitos psíquicos, nos quais se opunham sempre os imperativos dos impulsos e as interdições morais; o mal-estar se evidencia agora nos registros do corpo e da ação. Diante das difusas queixas localizadas no corpo, que vão desde dores inespecíficas até sensações de completo esgotamento, as chamadas doenças da alma, ao lado da síndrome do pânico e das compulsões (toxicomanias, bulimia e anorexia), tornam-se visíveis e fazem matéria-prima a uma potência sem apelo de uma imagem negativa. É preciso lembrar, como alerta Birman, que “a toxicomania hoje se apresenta tanto no registro do uso das drogas pesadas, comercializadas pelo narcotráfico, quanto no dos psicofármacos prescritos regularmente pela medicina e pela psiquiatria” (2003, p. 3). Ante um mundo sem mediação, marcado pelo empobrecimento dos processos de simbolização do discurso, as diferentes expressões do sofrimento são protagonizadas enquanto passagem ao ato, isto é, como uma “descarga psicossomática com nulo potencial de simbolização”<sup>31</sup>, como costuma ocorrer no caso da violência. Dito tudo isso, o sofrimento já é uma experiência diferente da dor, na qual a subjetividade se fecha sobre si própria, não existindo qualquer variação de laço com o outro na expressão existencial do sofrer. A dor é um empreendimento marcadamente individual, que restringe o indivíduo a si mesmo e transforma os corpos em vivências cada vez mais isoladas e sem potência. Por outro lado, a dor, na medida em que não consegue regular devidamente seus impulsos (por meio da violência e das compulsões), não permite se abrir para o outro de forma a poder dirigir a este um apelo (BIRMAN, 2003). Em contrapartida, no sofrimento a subjetividade sofrente reconhece a presença do outro, dirigindo a ele o seu apelo, endereçando-lhe uma demanda, como afirma Birman. Nesse caso, a subjetividade reconhece que não é autossuficiente de modo a levar caminhos para uma forma vital de recomposição do sentido da existência.

No contexto da gestão dos corpos juvenis durante o cumprimento de medidas nas unidades de internação, encontramos estudos que apontam para a individualização da dimensão corpórea nas situações de aflição e dor. Vilas Boas (2014), ao realizar uma pesquisa que discute a atenção à saúde do adolescente privado de liberdade, a partir da perspectiva de profissionais que atuam tanto em centros socioeducativos quanto em centros de saúde de Belo

---

<sup>31</sup> *Ibid.*, p. 4.

Horizonte/MG, relata que, sob a perspectiva do corpo, a privação de liberdade afeta a saúde do adolescente, independentemente do histórico de saúde daquele indivíduo: “na verdade, o corpo é um veículo imprescindível de recriação e renomeação, mas também de sofrimento” (p. 64). Em conversas com profissionais de saúde em uma das unidades de internação pesquisadas, Vilas Boas comenta que foram relatados episódios esporádicos de automutilações e tentativas de suicídios de adolescentes invadidos pela angústia. Outra questão encontrada nos relatos dos profissionais foi a prescrição de psicotrópicos para diminuir a angústia e a insônia dos adolescentes. Em decorrência de tais sintomas, os jovens têm respondido pela compulsão ao uso de medicamentos. A esse respeito, a autora chama de “compulsão aceitável”, por estar naturalizada pelo profissional de saúde, que não dá mostras de interrogar sobre o motivo desse incessante pedido de contenção química. Como justificativa, os participantes entrevistados formulam hipóteses sobre as causas da insônia e o conseqüente uso de medicamentos: o vazio de atividades na rotina dos internos, o uso do medicamento em substituição a uma droga ilícita, a crença de que o prolongamento do tempo adormecido sirva como fuga para a sua angústia frente ao tempo de cumprimento da medida.

Sob outra perspectiva do sofrimento, Vicentin (2005, 2011) analisa a experiência existencial dos jovens internos da antiga FEBEM-SP, quando colocados numa espécie de zona intermediária entre a vida e a morte. Ou seja, quando submetidos a uma situação-limite ou extrema, os corpos condenados à rebelião forjam um sofrimento-resistência, produzindo outra história, alterando o regime de verdade.

Retornemos ao jovem Miguel. Em um primeiro momento podemos pensar que seu mal-estar corpóreo se caracteriza como dor e não como sofrimento, algo do esforço de se presentificar no corpo através dos cortes, na medida em que não reconhece qualquer possibilidade de interlocução com o outro.

“Eu acho que eu mesmo é que tenho que me ajudar. Não é o CAPSi, não é psicólogo, não é medida (socioeducativa). Eu tenho que querer mudar. Eu tenho que querer me ajudar.”

Numa análise apressada, a experiência da dor mostra-se como falta individual capturada pelo desamparo do adolescente. Ao mesmo tempo, é possível reconhecer que a angústia vivida por Miguel revela situações de sofrimento comuns a outros adolescentes infratores ou não, usuários de drogas ou não. Dito de outro modo, se a autolesão constitui uma tentativa desesperada de existência, apesar da lógica mortífera do ato, somos obrigados a admitir que isso não se refere a algo intrínseco ao próprio Miguel, ou seja, é neste limiar entre o individual

e o coletivo que o cuidado se manifesta. Poderíamos então sinalizar, como propõe Vicentin (2011), para um sofrimento coletivo de enunciação. Tomando de empréstimo a ideia de agenciamento coletivo de enunciação, Deleuze e Parnet (1998) consideram que os enunciados não estão centrados em agentes individuais, visto que aquilo que o enunciado fala é uma produção coletiva. Em segundo lugar, aquilo que o enunciado fala não encontrará objetos, mas estados maquínicos que implicam toda a produção de máquinas de expressão, que podem ser tanto de natureza extrapessoal, extraindividual, infra-humana, infrapsíquica e infrapessoal (GUATTARI; ROLNIK, 1996). Deste modo, um agenciamento é, a um só tempo, agenciamento maquínico de efetuação e agenciamento coletivo de enunciação. Existe ainda um segundo eixo proposto por Deleuze e Parnet, que se refere às distintas formas de artifício que coexistem em um agenciamento: as territorialidades, a reterritorialização e a desterritorialização. Nada de agenciamento sem territórios (DELEUZE; PARNET, 1998), pois estes comportam pontas de desterritorialização capazes de agenciar novos territórios existenciais. Agenciar é isso: “estar no meio, sobre a linha de encontro de um mundo interior e de um mundo exterior” (p. 44).

Habitando a fronteira entre a insubmissão e a captura institucional, Miguel, como forma de sair da invisibilidade, traz o corpo em evidência, provocando a dor. Logo, “ao provocar a dor provoca o corpo adoecido pela tristeza para deixar passar a mistura dos encontros” (BARROS; PASSOS, 2015, p. 186). Não há como haver cuidado sem encontros.

Da última vez em que nos vimos no CAPSi, Miguel estava bastante alterado, evidenciando que havia feito uso de drogas. Entrava e saía do grupo. Falava alto. Mostrava-se irritado com os outros adolescentes. Devido à situação, resolvi marcar um novo encontro para conversarmos outro dia. Fui a sua casa sozinha na semana do episódio dos cortes no braço. Miguel me recebeu com um semblante desanimado, sua expressão facial demonstrava tristeza. Não comentei com ele que sabia sobre os cortes. Perguntei se poderia gravar a nossa conversa e ele consentiu. No início, porém, a conversa mostrou-se difícil. Quando eu fazia alguns questionamentos, ele respondia de modo geral, abstrato e distanciado. Pensei secretamente se Miguel queria realmente participar da pesquisa. Resolvi adotar outra estratégia e sugeri utilizar a gravação apenas no momento em que sentisse que era oportuno, naquele momento no qual ele pudesse evocar a experiência concreta e vivida a respeito da sua trajetória.

Miguel, prestes a completar 18 anos, contou-me que aos 12 anos começou a frequentar o CAPSi devido às brigas na escola e por conta das conturbadas relações familiares.

“Escola. Briga na escola. Confusão na família. Briga na família. Briga por causa de briga. Eu aprontava demais. Sempre gostei de aprontar. Eu fazia coisa ruim. Eu aprontava com tudo (mostra certa irritação na voz). Eu aprontava com tudo. Eu não me lembro. Aprontava pra caramba. Fui expulso da escola. De tanto que aprontei. Não me lembro. Eu sei que se agora eu fosse para a escola eu não ia fazer de novo”.

Após a separação de seus pais, que ocorreu quando ele tinha 5 anos, alternou idas e vindas aos dois domicílios. No momento da entrevista, morava na casa dos fundos com a avó materna, enquanto a mãe residia na frente com a irmã mais nova e o padrasto. Devido aos constantes conflitos entre a mãe e o pai, por conta de questões associadas principalmente a pensão alimentícia, Miguel guardava sentimentos ambíguos em relação a ele. Ao que me parece, sempre foi uma relação distanciada. Quando chegou ao CAPSi, fazia 2 anos que não o via. Durante a permanência no serviço de saúde mental, entre os anos de 2011 e 2017, se aproximou do genitor, chegando a residir com ele por alguns meses. Ao mesmo tempo em que se distanciou e se aproximou da figura paterna, Miguel se aproximou também do seu padrasto, considerado pelo adolescente como uma pessoa verdadeira e tranquila.

“Ele é verdadeiro, fala a verdade. Não aumenta e nem inventa. Ele me conhece desde pequeno, é que eu não dou valor às vezes para ele. Eu consigo conversar com ele, com a minha mãe eu não consigo conversar assim”.

O padrasto de Miguel assumiu os cuidados junto a ele desde que se tornou companheiro de Clarice. Possui uma filha desse relacionamento. Ao lado de Clarice, sustenta a família, realizando transporte alternativo na cidade. Em determinados momentos, o padrasto chegou a acompanhá-lo ao tratamento no CAPSi. Eu mesma já presenciei na época em que trabalhava no espaço. Também será com ele que Miguel iniciará uma outra possibilidade de inserção no mercado de trabalho. Sem dúvida, mais do que isso, a relação entre enteado e padrasto sugere uma forma de proteção, pois, com certa frequência, quando o jovem estava em apuros ou tentando se afastar do tráfico de drogas, recorria a ele para auxiliá-lo na função de cobrador de transporte da van. Porém, constata-se que nem tudo são flores, já que de tempos em tempos surgiam conflitos que chegavam à agressão verbal e ameaças de desistência, da continuidade do trabalho com o padrasto. Se as relações com as figuras masculinas eram permeadas por tensões e conflitos, com a mãe os sentimentos de amor e o ódio eram absolutos. A mãe, em determinadas situações, era odiada, como consta no prontuário de Miguel o relato da raiva que o filho sente por ela. Foi Clarice que o levou pela primeira vez ao CAPSi. Ainda que as relações estabelecidas entre mãe e filho fossem atravessadas pela ambivalência, com momentos de

afetividade, vê-se que Miguel algumas vezes busca o confronto direto com ela através de agressões físicas, acontecimento que, quando ocorre, provoca efeitos indesejados para ambos os lados, tendo em vista que Clarice costuma acionar a polícia para conter o comportamento do filho.

Outras narrativas aparecem quando Miguel fala sobre a relação com o tráfico de drogas. As palavras vão saindo com certa fluidez, entremeadas de proezas e de emoções fortes.

“Eu já fui para a delegacia um monte de vezes. Lá no Jardim América teve um dia que eu fui três dias seguidos. Eu tava molhado com a polícia. Fui na sexta, no sábado e no domingo. Toda hora eu tinha que correr. Aí fizeram uma operação. Até o águia foi (alusão ao grupamento aéreo da polícia militar de SP). Foi civil. Deram tiro. Mataram um carinha lá. Eu fui para a delegacia. Só que eu era menor. Aí, como eu era menor, eu fui solto. Eu e mais um monte de gente. Daí nós fomos soltos. Daí voltamos para o corre. Foi aí que eu peguei a medida LA.”

Com efeito, o tom “cinema adrenalina”, como consta nos estudos com jovens autores de ato infracional (VICENTIN, 2005; MALLART, 2014), também pode ser conferido na vivência de Miguel com a criminalidade. Porém, ao utilizar a conversa gravada como forma de reconstituição de trajetória, corre-se o risco de perder “o colorido cênico e intenso”, “o que tem de melhor” (VICENTIN, 2005, p. 55). Certamente, ao transcrevê-la, não consigo captar a nuance, o som cambiante, pois ela inclui uma “voz”, “efeitos sonoros”, “uma sensibilidade”, como bem observa Meunier (1978, p. 101), ao procurar empreender uma etnografia com um bando de meninos de rua de Bogotá.

Os adultos, que se atêm ao conteúdo, teimam em codificar o saber dos Gamino 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. É agradar ou desagradar. Sua conversa constitui mais um comportamento expressivo, uma facécia, que uma informação. A essência da mensagem se encontra fora das palavras. As mentiras do Gamino, sua mitomania, só se equiparam à incompreensão do ouvinte que sacrificou definitivamente a palavra ao sentido. O poema à razão. O Gamino que, numa mesma frase se contradiz, nem sempre está querendo enganar o adulto que o ouve: ao passar de um extremo ao outro, ele tenta fazê-lo compartilhar os mil e um caminhos de sua história. (MEUNIER, op. cit., p. 102).

A empolgação faz inventar formas de inaugurar a conversa. A rotina nas ruas da cidade, vendendo e usando intensamente drogas, configura um estilo de vida próprio. As atividades desenvolvidas na biqueira, juntamente com o consumo de drogas, introduzem uma tática de transgressão ao comércio de drogas local, em busca de uma solução quase instantânea para liquidar as dívidas, com possibilidade de ganho rentável. Pelo que pude compreender, a

“manobra” utilizada refere-se à diminuição da quantidade de drogas vendida. Pino de cocaína desviado equivale estar fora da quantidade padrão que será comprada/consumida pelo usuário. Será audácia, instinto ou inteligência?

“Mas aí eu tava jogadão. Não queria saber de nada. Eu não ia na LA e continuava indo no Jardim América porque eu tinha que pagar o que devia. Nessa época eu tava no preju. Eu ia vender droga de graça? Só que mesmo assim eu não ganhava dinheiro não. Tinha que fazer umas manobras por lá por causa do dinheiro. Cheirava todo dia. Todo mundo fazia isso. Todo mundo no *corre* fazia isso. Os freguês chega lá pega pino desviadão (inaudível). Quando eu quero usar eu bato assim. Eu quero cheio! Tá desviado. O quê, rapaz?! Eu já fiz *corre* aqui. Você quer que eu vá falar com o dono? O gerente. Eu conheço. Os caras completavam para mim. Oh! Para você ver como eles fazem manobra. Não, parça, tá bom! Eles abriam. Abriam o outro. Viu como você fez manobra. E agora, e o outro? O outro está faltando. E agora você vai passar para quem? Vai passar para algum cara de moto. O cara de moto pega e depois vai embora. Então esse é o jeito. Os pilantrinhas”.

Entre os jovens, a identificação com o mundo do crime é muitas vezes valorizada como forma de expressão juvenil de virilidade e força independente da modalidade de infração cometida. Adotar o risco como estilo de vida, a busca por dinheiro fácil, a aquisição de poder e *status* são elementos, como indica Malvasi (2011), de *performances* corporais e de narrativas dos jovens que explicitam experiências provenientes de relações interpessoais e institucionalizadas, quanto de informações oriundas de falas e imagens públicas, produzidas e veiculadas pela mídia e ressignificadas na música e no cinema. Em contrapartida, os jovens usuários de droga que adotam o tráfico como modo de trabalho se veem cada vez mais enredados diante da inespecificação entre quem é o usuário que deve receber o tratamento e quem é o traficante que precisa ser punido. Cabe salientar, conforme apontam Scisleski et al. (2012), que muitas vezes o traficante não é o chefe do tráfico, mas o jovem usuário que, sem dinheiro para sustentar seu vício, acaba vendendo também a droga como forma de obter recursos para consumi-la. Nas palavras de Miguel, a tática da manobra como solução adequada para os problemas financeiros torna-se uma prática corriqueira para aqueles envolvidos com a criminalidade no comércio de drogas.

“Tem que fazer manobra, senão você não ganha dinheiro. Ganhar R\$ 40,00?! Olha quanto o cara está ganhando de você. Ele ganha R\$ 200,00 e eu ganho R\$ 80,00. Você pega a droga, vende, dá o dinheiro. Você recebe para trabalhar.”

O relato sobre a prática da manobra é uma passagem interessante, pois conta como o jovem tira proveito de uma determinada situação na qual ele é protagonista. A forma como

consegue aumentar seus ganhos financeiros nos dá a ideia da importância do seu ato, pois para ele é um modo de reconhecimento da sua carreira infracional. Ser percebido no ímpeto de sua audácia não lhe causa constrangimento, já que “ladrão que rouba ladrão tem cem anos de perdão”. Será?

Miguel relembra quando teve que comparecer ao fórum da cidade perante o promotor de justiça, devido ao descumprimento, por duas vezes, da medida socioeducativa de liberdade assistida. Mediante o não comparecimento na audiência e na LA, o promotor sugeriu a aplicação da medida de internação na Fundação CASA. Apesar de ter ido até o fórum no dia da audiência, o jovem resolveu seguir o conselho do advogado, que o mandou ir embora.

“O advogado falou: vai embora, vai embora. Se os caras (policiais) veem que você está aqui, os home vão algemar você, vão pegar você. Eu saí correndo de dentro do fórum. Eu já estava já dentro do fórum. Minha mãe ia dar meu nome lá. Na hora que dessem o meu nome e os caras vissem eu, já iam para cima pegar eu.”

Apesar de ter conseguido escapar da privação de liberdade, Miguel mostra-se preocupado por estar em débito com a justiça diante de um comportamento considerado ilegal e em constante conflito com as leis. Aos poucos, a empolgação da narrativa cede lugar para o desânimo, quando o jovem exhibe as sequelas dos cortes nos braços, resultado do ato que havia feito durante a semana. Na tentativa de justificar o episódio de violência contra si, Miguel recorre à explicação espiritual, abrindo caminho para o surgimento de um corpo aberto que marca a intensidade do seu ato associado ao uso abusivo de drogas.

“Eu tô de boa, mano, o negócio é mais espiritual. Ah, eu não gosto de ficar falando muito não, porque é coisa do meu santo. O meu santo falou comigo coisas que têm encostado em mim. Tenho corpo aberto. Estão fazendo um trabalho para mim. Fizeram um trabalho, depois quebrou, trancou. Se eu ficar muito louco aí encostam em mim. Eu tenho o corpo aberto. Já, já aconteceu, mas tem umas coisas que eu nem lembro. Ontem eu queria morrer, mano. Direto eu peço para mim morrer. Eu não quero viver. Deus mandou uma (inaudível) pesada. Encostou em mim e tentou me matar. Porque eu queria morrer mesmo. Eu não teria coragem de me matar. Eu não teria coragem de passar a faca com força no meu pulso. Mas passei. Aconteceu, eu tentei me cortar.”

A presença do discurso religioso apoiado na encarnação de entidades, como forma de justificar os ferimentos no próprio corpo, tem sido observada por estudiosos, como é o caso dos jovens venezuelanos possuídos por espíritos violentos, nos quais seus corpos são alvos de feridas e cicatrizes (FERRÁNDIZ, 2004). No caso do Brasil, as pesquisas empreendidas por

Vicentin (2005), na qual figuras de demônios e fantasmas compõem parte das explicações sobre as mortes de internos durante as rebeliões da FEBEM/SP, e por Oliveira (2001), onde os internos da FEBEM/RS elegem o agir (brigas e conflitos) como forma de estar no mundo, idealizando a audácia de suas ações. A descrição do “corpo aberto” comentada por Miguel é uma metáfora apropriada para expressar as fragilidades nas quais está submetido, como a intensa marginalidade, a falta de oportunidades, a violência autoinfligida e externa (polícia e tráfico de drogas), bem como a inadequação dos serviços de saúde, que têm que enfrentar em doses diárias na experiência do cotidiano. Segundo Ferrándiz (2002), citado por Vicentin (2010), a análise destas práticas pode ser pensada a partir da noção de espaço ferido caracterizado por um espaço sociológico, geográfico, corpóreo, simbólico e existencial de qualidades contraditórias: duro, vulnerável, tenso, mas igualmente precário, cotidiano, articulado nos contextos de desigualdade, pobreza, exclusão e criminalização.

Podemos dizer, portanto, que historicamente, o corpo tem sido um lugar privilegiado para o estabelecimento de hegemonias, formas de desigualdade e controle social e político. Mas também tem sido um espaço igualmente privilegiado de consciência crítica, indisciplina e dissidência. Às vezes, as reformas corporais que acompanham as diferentes formas de resistência ao poder são difíceis de perceber no curto prazo. Mas, em contextos históricos e sociais específicos, formas de corporalidade radicalmente novas e imediatamente perceptíveis podem brotar de repente... (FERRÁNDIZ, 2004, p. 338).

Todavia, Oliveira (2001) propõe pensar que seria um equívoco considerar que tais bravuras juvenis de arriscar a própria pele ou de valorizar a força física constituam apenas manifestações de coragem. Ao exacerbarem “a lei do mais fraco”, os adolescentes transgridem não para burlar a lei ou na esperança de escapar das consequências dos seus atos, mas para “excitá-la para que a repressão corra atrás deles e assim sejam reconhecidos de suas ações para excitar o agir a máxima” (p. 113).

Foi assim que Miguel me contou sobre a sensação que teve depois de ser possuído por uma entidade da umbanda, atribuindo-lhe a responsabilidade pelo uso abusivo de drogas.

“Foi por causa da droga, mano (irritação na sua voz!). Foi por causa da droga. Zé Pelintra<sup>32</sup> do caramba. Porra do Zé Pelintra encosta! Zé Pelintra legião encosta no corpo aberto, encosta em mim e daí eu faço bosta, mano. Eu não posso usar droga. O meu problema é a droga”.

---

<sup>32</sup> A figura do Zé Pelintra é uma das mais importantes entidades de cultos afro-brasileiros, especialmente entre os umbandistas. É considerado o espírito patrono dos bares, locais de jogo e sarjetas; embora não alinhado com entidades de qualidades negativas, é uma espécie de transcrição da imagem do malandro. O falar carregado de gíria, o andar escorregadio, a aversão ao trabalho, a propensão às falcaturas e a paixão pelas mulheres

Embora o jovem reconheça que nem todas as drogas são prejudiciais, como, por exemplo, a maconha, destaca que “droga pesada”, cocaína, lança-perfume e pedra, “o bagulho é louco demais”. Diante do evento, parece pertinente a pergunta sobre a continuidade do tratamento no CAPSi. Em poucas palavras, Miguel relata: “Vou. Tô indo. Tenho uma consulta marcada na semana que vem. O CAPSi ajudou, mas depende de mim. O CAPSi ajudou sim” (mostrase sonolento).

Esta seria a primeira e única conversa gravada com Miguel. Após o episódio das “veias abertas” (FERRÁNDIZ, 2004), Clarice resolveu interná-lo involuntariamente em um centro de tratamento para usuários de drogas.

### 2.2.1 Minha mãe sempre costurou a vida com fios de ferro<sup>33</sup>

Clarice acreditava que o centro de tratamento era um ambiente seguro, no qual o filho receberia cuidados diferentes do CAPSi e ainda permaneceria distante do contexto do uso do crack. A indicação do local foi dada pela sua patroa. Uma das preocupações com o filho era o envolvimento com o tráfico de drogas, levando Clarice à decisão de internar Miguel. Na verdade, a decisão de Clarice expõe claramente a busca por serviços de internação, corroborando as famílias que procuram afastar os seus membros do contexto de uso de drogas e acreditam que os serviços substitutivos, como os CAPS, não oferecem essa prática de cuidado.

O descrédito em relação ao cuidado ofertado pelos serviços substitutivos<sup>34</sup> tem ganhado um discurso cada vez mais contundente para aqueles que lidam com dúvidas e incertezas de um tratamento baseado em liberdade e no território.

---

representam alguns dos elementos da composição desse personagem. Sobre o assunto, consultar: <[http://www.interletras.com.br/ed\\_anteriores/n2/arquivos/baianos\\_malandros.pdf](http://www.interletras.com.br/ed_anteriores/n2/arquivos/baianos_malandros.pdf)>.

<sup>33</sup> Evaristo (2014, p. 109).

<sup>34</sup> Desde a implantação da Política Nacional de Saúde Mental, instituída pela Lei 10.216/2001, diversos serviços substitutivos foram criados na tentativa de desmontagem dos hospitais psiquiátricos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas, os hospitais-dias, o serviço de trabalho protegido, os centros de convivência e de lazer protegido, as Unidades de Acolhimento (adulto e infantojuvenil), entre outros. Estes avanços possibilitaram questionar as velhas práticas manicomialis presentes nos serviços psiquiátricos que ainda se perpetuam. Contudo, sob o auspício do governo Bolsonaro, chancelado pelo atual ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta, a “nova” Política Nacional de Saúde Mental não considera os serviços como sendo substitutivos de outros, não fomentando o fechamento de unidades de qualquer natureza. Neste sentido inclui, no rol da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os hospitais psiquiátricos, as Comunidades Terapêuticas e os Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental. Ver: Nota Técnica n° 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS (BRASIL, 2019a).

Retornamos ao encontro com Clarice. Ela relembra que, anos atrás, Miguel chegou a ser preso em uma delegacia por três dias seguidos.

“Foi preso ele e três de maior. Dois de maior saíram. Um ficou. Esse que ficou, ficou na bronca porque o Miguel não assumiu a droga, mas o Miguel assumiu a droga. Só que a polícia apresentou outra quantidade. Ele não sabia que tinha balança, ele não sabia que tinha dinheiro. A polícia apresentou tudo isso. Na verdade, a droga não era do Miguel. Ele não tinha nada a ver com a droga. Pelo que ele conta (nessa eu acreditei nele), ele foi lá realmente, fumou baseado com o menino. Foi pegar celular foi pegar a droga dele lá. Pegou e saiu da casa. Nessa que ele pegou e saiu, o *taticão* (como eles falam a força tática) já encostou, já estava esperando. O Miguel foi sair da casa e a polícia já encostou. Já colocou o Miguel pra dentro de novo. Não deixou o Miguel para o lado de fora. E os meninos jogaram a droga para a casa do vizinho. Um pacote de drogas, jogaram para a casa do vizinho. Só que a polícia entrou e não adianta. O policial falou para mim na delegacia. Falou assim: ele vai assumir, mas não vai ter jeito, ele vai ficar preso. Ele assumiu, mas não adiantou. Eu lembro que Miguel foi preso por uns três dias seguidos. Era meu aniversário. O policial estava de saco cheio do Miguel. Aí o policial falou assim: se eu encontrar mais uma vez você na rua, eu vou “amarfar” você (quer dizer eu vou matar você)”.

Após a saída da delegacia, Miguel foi para um bar comemorar sua liberdade, porém, um dos jovens maiores de idade apreendidos pela polícia ficou preso, gerando descontentamento em outros adolescentes da região. De fato, a ação dos adolescentes não poderia ser nada agradável em relação a Miguel: ao festejar sua saída do distrito policial, o jovem agravava ainda mais sua situação, chegando a levar uma surra dos meninos.

“Machucaram muito ele. Eu nem vi por que tinha ido trabalhar e, quando eu cheguei em casa, eu vi ele com a boca inchada e cortada, o olho roxo, o corpo cheio de sangue. Falei assim: Miguel, então você vai ter que se esconder agora. Vão te matar. Minha cabeça já deu isso. Aí mandei ele para a casa da avó. Que eu mandei ele para a casa da avó, com dois dias a polícia invadiu a minha casa”.

Ao mesmo tempo, Miguel recebeu o mandado de busca e apreensão em vista do descumprimento da medida socioeducativa de liberdade assistida, situação que poderia levar o jovem, caso fosse apreendido novamente, à Fundação CASA. Deste modo, Clarice chegou a mudar de residência por diversas vezes em nome da segurança do filho. “Para a Fundação CASA ele não vai”. Cuidar significa, nesse caso, tentar prever todas as possíveis situações de risco e perigo e tentar evitá-las. Outra situação que deixou Clarice desesperada foi o fato de Miguel estar fazendo uso abusivo de drogas, ao mesmo tempo em que faz referência à gravidade dos cortes no braço.

“Ele estava tendo muita alucinação por conta do crack. E teve também a questão dos cortes, que foi mais grave. Ele tava muito agressivo, muito agressivo. Então na mesma hora que ele falava: eu quero ir para a clínica, ele falava: eu não quero mais. Aqui na mesa ele falou: então vai, me interna. Me interna que eu vou. Aí no dia seguinte ele sumia. Não vou, não vou. Não sou noia. Só que eu não aguentava mais. O Miguel estava com sei lá... 40 kg. Ele não era mais ele. Aí eu descobri esse lugar, a minha patroa falou. Eu fui lá e conversei. Eles toparam. Não, tudo bem, já está perto dele completar 18 anos, a gente aceita”.

Além disso, Clarice não se conforma com a dívida adquirida pelo filho e os roubos realizados no bairro, como forma de consumir outras drogas e novas pedras de crack. A mãe teme mais ainda o filho ser morto. O temor de o filho roubar, ir preso e ser morto foi vivenciado na pesquisa de Castro (2017), ao realizar uma etnografia das famílias de usuários de crack na periferia de São Paulo. Para tanto, Castro traz à cena a história de duas famílias que veem em seu cotidiano os dilemas enfrentados pelos filhos devido ao uso da droga. A narrativa de uma delas mostra semelhanças em relação à história de Clarice.

Marlon ameaça Rebeca dizendo que se não lhe der dinheiro irá roubar para fumar *crack*. Rebeca, ao mesmo tempo em que tenta convencê-lo a se “internar” novamente, secretamente, tem lhe dado dinheiro para fumar. Por financiar o uso da substância, a mãe sente-se mal. “Porque eu estou dando dinheiro para ele destruir a vida dele”. Tem consciência de que não pode impedir a sua morte, de que, ao lhe fornecer dinheiro, está apenas prorrogando sua vida, mas “Deus não tá se agradando com o que eu tô fazendo”. Sente-se “podre por dentro, porque ele já tá doente, eu tô ajudando o Diabo a matar ele, tirar a vida dele mais rápido”. Porém, acha essa saída melhor do que a de o filho roubar “e aparecer morto no meio da rua”. Afinal, “o que uma mãe não faz por um filho? Eu falo de mim, eu só não vou roubar e matar ninguém para ele fumar uma pedra, não vou não”. Rebeca teme o filho roubar e ir preso, e teme mais ainda o filho ser morto. “Porque eu acho melhor eu dar do que ele roubar. Tem muitos casos que ainda vão roubar e ainda é preso. E quando não é preso, amanhece morto na rua”. Salienta que Marlon não “sabe o preço alto que paga quando rouba”. Nesse tempo tem tentado fazê-lo retornar a C.T. para se “desintoxicar, pra limpar o seu corpo. Aí teve outro dia em que ele arrumou a mochila dele. Aí eu falei vamos agora, aí ele, tá bom mãe, arrumou a mochila dele, e na hora não quis ir”. (CASTRO, 2017, p. 128-129).

Assim como Rebeca, Clarice acredita que a internação no centro de tratamento para usuários de drogas seria uma alternativa para evitar as penalidades pelo cometimento de atos infracionais, ou como proteção às ameaças de morte perpetradas pelos traficantes, e ainda, no caso específico da trajetória de Miguel, a contenção às automutilações empreendidas pelo jovem.

“Mando ou não mando? Mandar meu filho à força, meu filho vai me odiar para o resto da vida. Mas eu pensava: se eu não faço isso, vão matar. Ele já estaria morto. Ele não estaria vivo nesses três meses. Miguel já estaria morto! Ele estava devendo muito. Estava roubando na rua, ele roubava muito celular... Ele roubava muito boné. Ele estava roubando demais aqui no bairro. Ele já tinha perdido a noção. Ele

não ficava mais em casa. Eu pensava: levo ou não levo? Aí teve um dia que ele chegou muito louco, mas muito louco, muito louco. Aí eu falei: não! É hoje.”

Deste modo, o relato torna-se emblemático, constituindo-se numa narrativa de sofrimento e alívio. Ela narra que, após tomar a decisão de interná-lo, decide ligar para o resgate, que consiste no transporte, por meio de uma ambulância, até a clínica onde Miguel iria realizar o tratamento. Clarice conta que a equipe do resgate dá preferência para que a remoção do usuário seja dentro de casa, não importando o horário, porém, caso a pessoa esteja em uma biqueira, por exemplo, ou em outro lugar, eles também vão buscá-la. Por volta de 02h30, o responsável pelo resgate retornou a mensagem para Clarice, avisando que estava em frente à sua residência. Na época, Miguel morava com a avó na casa dos fundos. Conforme combinado anteriormente, a avó deveria deixar a porta aberta para que a equipe pudesse entrar e surpreender o jovem, de forma que ele fosse obrigado a aceitar a situação da internação. Contudo, a avó resistiu ao combinado e, quando Clarice tentou abrir a porta da sala, deparou-se com ela trancada. Nesse momento, a mãe de Miguel conta que ficou nervosa e tentou falar com a mãe pela janela. Na tentativa de persuadi-la a abrir a porta, o destino de Miguel é recriado pela mãe naquela noite. Nas palavras dela:

“Aí, na hora que eu comecei a falar: mãe, ele vai morrer se ele continuar do jeito que ele é, ele vai morrer. Ele não vai mais sobreviver aqui na rua, ou a gente vai visitar ele na Fundação CASA. Escolhe agora o que a senhora vai fazer. Eu tava tão nervosa com a minha mãe. Muito nervosa com ela. Aí, com muito custo ela foi abrir, aí eles (equipe do resgate) foram conversando com ela. Calma, ele vai para um lugar bom, ele vai se tratar. A senhora vai ter o neto de volta. Aí com muito custo ela foi abrindo”.

Não havia muitas escolhas. Diante do impasse, a avó abre a porta da casa. À medida que a avó cede, a equipe do resgate vai em direção ao quarto de Miguel, onde realiza uma contenção física sobre ele, “um segurando os pés e o outro as mãos”, a fim de limitar a mobilidade do jovem. A equipe tenta acalmá-lo, dizendo que não eram da polícia e nem eram traficantes: “somos amigos”. O evento crítico inscreve-se no corpo e na alma da mãe, o sentimento de desespero se mistura ao sentimento de esperança e ambos se embaralham. Clarice começa a chorar. Todavia, Miguel mostra-se agressivo e, como forma de auxiliar na contenção física, decidem administrar um medicamento. Por estar muito magro, o uso de medicação injetável não se mostrava recomendável, mas a equipe consegue convencê-lo a tomar a sedação via oral, para transportá-lo ao centro de tratamento. Miguel, com muita raiva, segue o protocolo da internação, e entra na ambulância rumo àquela que seria sua nova moradia por sete meses.

Será nessa trama, entre o agir e a produção de sentidos e significados, que a mãe luta para tentar ajudar o filho envolvido com as drogas. Diante da experiência do cuidado que emerge na pesquisa, pergunto-me mais uma vez: qual o tipo de cuidado empreendido quando nos deparamos com certos modos de viver como o do jovem Miguel? O ruidoso silêncio do CAPSi produz questionamentos. Neste momento, faz-se necessário um certo distanciamento do serviço, para não cairmos no risco da denúncia meramente recriminatória, ou seja, “deve-se enunciar coisas e não denunciar outrem.” (LOURAU, 1993, p. 52).

### 2.3 Sempre haverá pedras, no meio de todo caminho

Cerca de dois meses após a internação de Miguel, fui convidada por Clarice para acompanhá-la na visita ao centro de tratamento. Para que eu pudesse vê-lo, ela teve que pedir autorização no local, porém não seria possível na data combinada. Logo pela manhã, Clarice me enviou uma mensagem pelo WhatsApp: *“Oi Ju bom dia!!! Falei ontem com o terapeuta que cuida do Miguel na clínica. Infelizmente as notícias não foram boas o Miguel estava indo muito bem. De 2 semanas pra cá ele está resistente novamente. Entrou lá na clínica mais dois rapazes, um também com 17 anos e o outro não sei ao certo a idade, sei que Miguel se juntou com eles e tentaram fugir. Não conseguiram e tudo foi descoberto pelos monitores. Todos tomaram punição e perderam a ligação (telefônica) com a família e a visita. A visita será reagendada. Agora acho que só o mês que vem. Vou falar com ele por ligação agora no dia 21. Deixa a situação melhorar. Pena que vc não poderá vê-lo. Mas entro em contato com vc para conversarmos melhor”*. 7:34 AM (WhatsApp, 08/06/2017).

Enquanto isso, eu permanecia no CAPSi acompanhando os adolescentes a distância: participando junto com as profissionais de algumas visitas domiciliares e realizando a pesquisa nos prontuários. Neste intervalo de tempo, uma delas, que acompanhava Miguel, comentou que precisava falar comigo a respeito do jovem. Fiquei a sua espera, enquanto ela realizava as devolutivas dos casos atendidos<sup>35</sup>. Após terminar, a profissional me contou que Clarice havia ligado no dia anterior, perguntando se poderia acompanhá-la na visita ao centro de recuperação.

---

<sup>35</sup> Em 2012 implantamos um novo dispositivo de devolutiva no CAPSi, que tinha como objetivo o esclarecimento da queixa, bem como a evolução do usuário no tratamento. A devolutiva ocorria em dois períodos do ano, que coincidiam com as férias escolares. Naquele tempo o modelo individualizado de devolutiva vinha sendo questionado pela equipe e o novo dispositivo foi uma possibilidade de intervir sob outra lógica de acompanhamento dos casos. Participavam da devolutiva os familiares/responsáveis e usuários, assim como o profissional que conduzia o grupo de família, além da dupla que acompanhava a criança e/ou adolescente nos atendimentos. Penso que naquela época havíamos criado uma tecnologia de cuidado no serviço.

Clarice pediu ajuda ao CAPSi, pois acreditava que o filho estivesse impregnado de medicamentos psicotrópicos. Caso as profissionais participassem da visita institucional, poderiam averiguar a suspeita da mãe. A trabalhadora achava que seria muito importante a visita, mas acreditava que a coordenadora do CAPSi não iria aceitar que as profissionais de referência acompanhassem o caso, por acreditar que elas estariam misturando tratamento com questão pessoal.

A fala de Clarice me fez lembrar outra possibilidade de interferência na pesquisa. Alguns dias antes, ao realizar uma entrevista com a mãe de Miguel, indaguei sobre a disponibilidade das profissionais do CAPSi para acompanhá-la na visita. Não pretendia intervir naquela realidade, mas o propósito era produzir problematizações, desconcertando a aparente estabilidade do discurso institucional do serviço de saúde mental, de tal modo que colocasse em “funcionamento um ruído”, criando outras possibilidades de “expressão e escuta”. Era evidente que nossas conversações produziam interferências uma na outra, mediante os acontecimentos que iam se interpondo na investigação. Não havia controle na interferência dos encontros. As interferências eram absolutamente ingovernáveis.

Foi então que, em agosto de 2017, acompanhei Clarice pela primeira vez na visita ao centro de tratamento de recuperação, localizado no interior do estado de São Paulo. Não mencionarei o nome do local, a fim de preservar a identidade do espaço e das pessoas envolvidas. Combinamos de ir juntas, já que não conhecia o caminho. Chegando à casa, Clarice estava acabando de fritar salgados para levar na visita. Também havia comprado bolo recheado e pão com mortadela, pois Miguel havia dito que estava com muita vontade de comer as guloseimas. Além disso, levaria suco, refrigerante e uma caixa de cigarros. Fiquei pensando nas visitas que os familiares fazem nos presídios, quando levam alimentos para os parentes. Tal denominação é chamada de jumbo, nome dado aos itens alimentícios de higiene e limpeza levados aos presos. Mallart (2014) também descreve o jumbo no contexto das unidades de internação para os ditos adolescentes autores de ato infracional. Nos dias de visitas, quando os agentes socioeducativos pretendem punir os internos, uma das primeiras medidas adotadas é o “cancelamento do jumbo, atitude que provoca o descontentamento dos adolescentes, haja visto que quando isso ocorre os internos são obrigados a utilizar apenas os produtos disponíveis pela própria unidade” (MALLART, 2014, p. 224). Nesse dia da visita fomos eu, Clarice, a irmã de Miguel por parte de mãe e o padrasto. O local ficava em outro município e levamos um bom tempo para chegar. Quando chegamos me surpreendi com a estrutura do espaço. Ao adentrar o portão principal, notei os muros altos, um gramado bem grande, com piscina e uma casa de dois

andares. Nunca havia entrado em um centro de tratamento, porém minha primeira impressão era de que aquele espaço não remetia a uma clínica de recuperação para usuários de droga. Talvez porque costumava associar o local com a imagem das Comunidades Terapêuticas (CTs), que frequentemente apresentam estrutura física com condições razoáveis e precárias<sup>36</sup>. Apenas quando entrei na recepção é que pude observar uma placa com o dizer: “Só por hoje”, em alusão à famosa frase dos Narcóticos Anônimos (NA). Também na parede da recepção estava afixado um pôster descrevendo os Doze Passos<sup>37</sup>, características de muitas irmandades anônimas para tratamento de álcool e outras drogas, além de uma série de certificados de conclusão de cursos dos profissionais que trabalhavam no espaço. Acredito que era uma forma de mostrar certo conhecimento técnico científico para a questão do tratamento de drogas. Apesar de não ser nomeada como uma comunidade terapêutica, de modo geral não percebi no centro de tratamento qualquer indício de trato diferenciado para um ou outro local, ou seja, o tratamento baseado na abstinência, a restrição de liberdade e a proposta dos “Doze Passos” (filosofia do NA citada pelo terapeuta). A não ser pelo fato de que o centro visitado era financiado por meio

---

<sup>36</sup> Em 2017, por iniciativa do Conselho Federal de Psicologia (CFP), Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e Ministério Público Federal (PFDC/MPF), foi realizada vistoria em 28 estabelecimentos para usuários de drogas em 12 estados da federação. O documento que identifica as comunidades terapêuticas como locais de asilamento passa por um conjunto de práticas e características que, individual e conjuntamente, trazem restrições à livre circulação e ao contato com o mundo exterior. Entre elas está a própria instalação em locais de difícil acesso e com a presença de muros, grades e portões – em alguns casos, também de vigilantes, além da prática de retenção de documentos e pertences de usuários, assim como de cartões bancários ou de acesso a benefícios previdenciários. Das 28 CTs inspecionadas, apenas oito apresentaram estrutura física sem problemas evidentes. Foram consideradas “sem problemas” aquelas em que foram encontrados quartos limpos e organizados, armários individuais, banheiros em boas condições. Mesmo assim, nem todas constam com salas capazes de oferecer privacidade e que permitam algum tipo de acompanhamento individual. As outras 20 comunidades apresentam condições de razoáveis a precárias, nas quais se verificaram cômodos sem limpeza, defeitos na estrutura (paredes ou janelas quebradas), superlotação, colchões no chão, móveis quebrados e/ou sem condições de uso, falta de ventilação e móveis adequados para os internos armazenarem seus pertences, falta de segurança nas instalações elétricas, locais sem espaço de convivência, limitando a circulação no interior da casa, assim como escassez de áreas para práticas de atividades educativas e desportivas. A íntegra do documento está disponível em: <[https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas\\_web.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf)>. Acesso em: 09 maio 2019.

<sup>37</sup> Descritos na sequência, os Dozes Passos são: **1:** Admitimos que éramos impotentes perante o álcool e outras drogas – que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas. **2:** Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade. **3:** Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus, da maneira como nós O compreendíamos. **4:** Fizemos um profundo e destemido inventário moral de nós mesmos. **5:** Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas. **6:** Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter. **7:** Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições. **8:** Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados. **9:** Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem. **10:** Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente. **11:** Procuramos através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que o concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós e forças para realizar essa vontade. **12:** Tendo experimentado um despertar espiritual, como resultado destes passos, procuramos levar esta mensagem a outros adictos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades. Para análise dos Doze Passos em uma comunidade terapêutica, ver Rui (2010b, 2014).

de recurso particular, não possuindo vagas com recurso público. A esse respeito, Clarice confidenciou-me que o valor mensal do tratamento de Miguel girava em torno de 10 parcelas de R\$ 1.300,00, contudo ela havia conseguido um desconto e estava pagando 10 parcelas de R\$ 900,00 por mês, sem o custo da medicação. No centro de tratamento em questão, o período máximo de internação era de 6 meses; após esse tempo, os residentes eram liberados, ou seja, pagava-se por 10 meses de tratamento, mas permaneciam por 6 meses. Durante o tratamento, não havia possibilidade para abandono, *“só o familiar tira, só o responsável pelo contrato”, “mesmo Miguel tendo 18 anos (o jovem havia completado a maioridade no início da internação), só eu tiro ele de lá, a não ser que ele fuja!”*, conforme relato de Clarice.

A reinserção social (saídas para a casa com dias pré-estipulados) ocorria nos últimos dois meses de internação. O centro só recebia para tratamento homens adultos (acima de 18 anos), porém ocorriam exceções, como nas situações nas quais os adolescentes estavam prestes a completar a maioridade. Nesse caso, a internação se dava mediante decisão do poder judiciário, com exigência do laudo médico. Não me lembro de Clarice ter apresentado nenhum laudo médico. A medicação era prescrita por um profissional médico contratado pelo local. Os remédios poderiam ser adquiridos no próprio centro ou entregues pelo familiar/responsável. No caso de Miguel, na receita entregue a Clarice constavam os seguintes medicamentos: Rivotril 0,5, 1 vez ao dia; Carbamazepina 200 mg, dois comprimidos ao dia; Risperidona 1 mg, dois comprimidos ao dia; Fluoxetina 20 mg, 1 comprimido ao dia; Carbolítio 300 mg, 1 comprimido ao dia; Fernegan, 2 comprimidos ao dia. Um total de R\$ 267,00. Eram permitidas duas ligações telefônicas por mês, de cinco minutos no viva-voz, com o terapeuta ao lado. A primeira ligação ocorreu após um mês de internação. As visitas aconteciam apenas uma vez por mês, com duração de 1 hora, e com a presença de no máximo 4 adultos. Na ocasião da visita de Miguel, surpreendemo-nos com a presença do pai e da irmã mais velha, contabilizando um total de 5 adultos. Contrariando a regra da visita institucional, havia certa apreensão de que a visita pudesse não ocorrer. Clarice se posicionou a meu favor, dizendo que havia comunicado para o terapeuta responsável sobre a minha ida ao centro de tratamento. Não falei nada, apenas observei. Clarice estava visivelmente irritada, pois, pelo que entendi, o terapeuta também concordou com o pai de Miguel para que ele pudesse levar a filha para ver o irmão. Nessa hora lembrei-me do prontuário de Miguel. Em vários momentos o pai é narrado como uma figura omissa no tratamento. Devo confessar que também fiquei irritada com a sua presença. Não sei se teve influência o fato de eu ser pesquisadora, mas naquele dia a visita ocorreu com a presença de 5 adultos e se estendeu por 3 horas. A dinâmica da visita funcionava da seguinte forma:

ficávamos na recepção sentados em círculo e o terapeuta responsável pelo residente falava sobre a evolução do tratamento. Também nesse espaço ficava uma mesa para que pudesse ser colocado o *jumbo* levado pelos familiares. Na sala ao lado, estrategicamente trabalhava a recepcionista, esposa do coordenador do centro, supostamente realizando trabalhos burocráticos. Não havia condições de privacidade. O terapeuta falou sobre a imaturidade de Miguel. Disse que ele era muito novo e que não percebia uma mudança efetiva no comportamento do jovem. Solicitou ao pai que pudesse ser mais firme com ele, já que a mãe era a figura de autoridade. De maneira geral, há um elo discursivo, tecido pelo centro de tratamento, instaurando mecanismos de culpabilização, segregação e infantilização que, como efeito, reforçam subjetividades desviantes e desamparadas, ao mesmo tempo em que promovem a desqualificação das famílias, para que se sintam incapazes de solucionar seus problemas.

Depois de quase 1 hora com o terapeuta falando conosco, foram chamar Miguel. Ele não sabia que teria visita. De fato, a visita não era avisada ao residente, para não gerar ansiedade. Miguel veio sorrindo e quando me viu falou: “você veio!” Estava visivelmente emocionado ao encontrar os familiares. Perguntou-me se ainda estava no CAPSi, e eu respondi afirmativamente. Não saberia dizer o motivo, caso houvesse sido desligado. Na verdade, o prontuário continuava no “arquivo vivo”. Pareceu-me aliviado. Em alguns momentos, quando o terapeuta saía da sala, ele dizia, sem emitir sons, que estava de “saco cheio” daquele lugar, não via a hora de sair. Em determinado momento, resolvi deixar a recepção para que a família pudesse conversar “reservadamente” com Miguel. Encontrei o terapeuta e conversamos por um tempo. Disse-me que no local havia 31 residentes internados. Acreditava que Miguel provavelmente iria sair e usar crack novamente. Ele não era considerado um caso difícil, apenas um adolescente imaturo. O caso mais grave era de um residente que estava na sexagésima internação, ou seja, sessenta vezes indo e voltando para o centro de tratamento. Após o término da visita, eu e Clarice voltamos conversando. A sensação que tive é de que ela sabia que todo o investimento financeiro não iria adiantar de nada, pois no fundo acreditava que ele voltaria a usar crack. Falei que talvez fosse interessante procurar ajuda no CAPSad (álcool e drogas), pois estava começando a ficar convencida de que o CAPSi não acompanharia mais Miguel. Acreditava que a coordenadora do CAPSad poderia ajudá-la. Durante alguns anos, ela foi coordenadora do CAPSi, e acompanhou a trajetória de Miguel e Clarice no serviço. A coordenadora do CAPSad sempre foi uma profissional sensível para o cuidado com os usuários. Durante a pesquisa, várias pessoas pronunciaram seu nome como uma profissional comprometida com a gestão da saúde mental no município.

A segunda visita ao centro de tratamento ocorreu dois meses depois. Dessa vez fomos apenas eu, Clarice e o padrasto. Novamente Clarice mostrou-se apreensiva com o uso de medicamentos psicotrópicos administrados em Miguel. Ela comentou sobre a preocupação do uso da *garapa* (espécie de coquetel de medicamentos que faz com que o residente durma vários dias). A utilização da *garapa* também foi mencionada no Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2018), tendo como finalidade a administração da medicação psiquiátrica por meio da contenção química nas situações em que alguém não obedece ou está muito nervoso.

Ao chegarmos ao local, ficamos esperando na recepção. Nesse intervalo, enquanto aguardávamos, chegou um delegado de polícia e mais 6 policiais com um mandado de prisão. Estavam atrás de um residente foragido. Clarice ficou muito assustada e começou a chorar, mesmo sabendo que os policiais não vieram atrás do seu filho. Para ela era insuportável pensar na possibilidade de Miguel ir para uma prisão. Certa vez perguntei a Clarice se ela percebia alguma diferença no fato de Miguel estar internado no centro ou na Fundação CASA. Ela me disse que não conseguia ver Miguel na Fundação: “os monitores são sarnas, iriam ficar no pé dele. No centro ele está se tratando.” Retomei o questionamento se no centro ele não estaria internado como na Fundação CASA. Ela me respondeu que não havia pensado por esta forma. Rui (2014) percebe que, no interior de uma comunidade terapêutica, não se trata apenas de uma relação de perda de controle em relação ao consumo de drogas, pois muitas experiências consideradas “malsucedidas” se devem ao estreito envolvimento com a criminalidade e com o sistema prisional. Para ela, alguns residentes receberam o tratamento como punição judicial, outros, por sua vez, recorreram a ele porque temem serem presos. Muitos também foram para a internação buscando fugir do cobrador de suas dívidas, com o intuito de evadir-se de um acerto de contas. Neste sentido, mais do que um problema físico de dependência, o uso de drogas é traduzido como um problema de comportamento, podendo significar o envolvimento com a criminalidade e com o tráfico de drogas.

Após a polícia retirar o residente do centro, o terapeuta conversou conosco sobre a situação de Miguel. Disse que o jovem havia bebido álcool de limpeza junto com outro residente. O episódio foi descoberto, sendo considerado como uma recaída. Por conta desse acontecimento, Miguel recebeu como punição o aumento no tempo mínimo de tratamento, permanecendo mais um mês no centro. Novamente os termos “imaturo”, “infantil” e “inconsequente” foram mencionados pelo terapeuta, como forma de justificar a conduta de Miguel no tratamento. Miguel também havia sido acusado de jogar o chinelo de outro residente

para fora do muro do centro de recuperação. Comportamentos inadequados, como brincadeiras infantis, não eram tolerados. Ao longo da narrativa, torna-se evidente que o tratamento no centro era baseado na disciplina e no controle social, de modo que o usuário de drogas, sobretudo de crack, demonstra ter um comportamento desviante por falta de limites e regras.

Miguel veio à recepção. Estava visivelmente irritado com o fato de ter que permanecer por mais um mês no centro de recuperação. Acusou o local de ter álcool de limpeza de fácil acesso. Quanto ao sumiço do chinelo do residente, disse que não foi ele. Fiquei pensando no comportamento dos residentes ao assumirem a postura de alcaguetes. Devia ser difícil estar em um local onde os próprios companheiros poderiam denunciá-lo. Nessa visita, Clarice conseguiu sair da recepção com Miguel e ir para o gramado. A estratégia foi importante, pois era uma forma de a mãe conseguir conversar sozinha com o filho. Essa seria a última visita em que acompanhei Clarice, pois nos próximos meses Miguel entraria na fase de reinserção social, estando apto para retornar a sua casa.

Chama atenção o fato de a equipe do CAPSi não ter acompanhado Clarice em nenhum momento ao centro de tratamento, já que em anos anteriores ocorriam visitas institucionais às comunidades terapêuticas. Também chama atenção que, no cotidiano do serviço de saúde mental, e não foram poucas vezes, algumas profissionais mostraram-se preocupadas com Miguel, sempre perguntando sobre o tratamento. O que é mais interessante, no entanto, é que, quando falavam comigo, identificavam com clareza a proposta de cuidado que deveria ser oferecida no CAPSi. Sabiam que Miguel deveria permanecer no CAPSi, mesmo tendo completado 18 anos. Caso fosse transferido para outro serviço, como o CAPSad, acreditavam que o jovem não iria aderir ao tratamento. Clarice também tinha a mesma intuição, apesar de ter comparecido ao CAPSad após minha sugestão. A relação de Clarice com a equipe do CAPSi era permeada de sensações. O sentimento de impotência se misturava à sensação de acolhimento, e ambos se embaralhavam.

“Eu tive muitos altos e baixos lá no CAPSi, eu briguei com as meninas, eu xingava as meninas porque eu queria a recuperação de Miguel. Elas acreditavam muito no que ele falava. Às vezes eu achava que elas estavam contra mim pelo jeito que elas falavam. Eu fiz de tudo. Tudo o que eu pude fazer eu fiz. (...) Quando a gente se afasta, a gente vê a importância do que elas, a falta que elas fazem... O grupo me faz muita falta, eu gosto do grupo Altos Papos, eu gosto de ouvir outras mães. Mas não dá para eu ir lá. Até eu sei que faz falta. Eu quero que ele saia e que ele volte para o CAPSi. Eu acho que o CAPSad não é lugar para ele lá.”

Em razão do uso do crack, a possibilidade de ser transferido para o CAPSad poderia confirmar, na concepção de Clarice, que o filho fosse noia. Diante disso, a mãe chegava a afirmar: *“ele não é noia. Ele tem vergonha de assumir que usa o crack, porque o crack é de noia e a maconha não é de noia”* (sic).

A figura do noia foi amplamente discutida por Rui (2014), a partir da constituição de uma corporalidade que ocorre gradualmente, por meio da perda de vínculos com as instâncias sociais e familiares que proporcionam condições de limpeza, asseio e saúde, bem como da consequente exposição das condições climáticas, do uso crescente de drogas e adesão à rua. As três marcas que aparentemente mostram-se visíveis (dentes e dedos amarelados e manchados, lábios machucados e voz rouca), aliadas à sujeira da pele, podem parecer mínimas, mas importam muito para os usuários. Juntam-se a essas marcas a sujeira e a perda de peso que gradualmente produz um corpo emagrecido. “A perda de peso, sem dúvida, é para os usuários a mais emblemática marca do alto consumo e, também do autoabandono” (RUI, 2014, p. 305), que não só envergonha e é apreciada negativamente, mas também dói. A corporalidade do noia o coloca numa condição de desumanização e o transforma em “coisa”. A ampla distinção da composição da imagem do usuário de drogas também cria distintos usuários de crack: “o noia é o mais extremo deles, e aquele do qual discursivamente todos tentam se afastar.” (p. 300).

Clarice também esperava que o CAPSi realizasse aquilo que já não conseguia realizar, ou seja, manter o filho protegido, longe das drogas, distante do contexto do uso do crack. Neste sentido, ao acompanhar a trajetória da mãe em busca do cuidado para com o filho, foi possível traçar como o caminhar de Clarice foi produzindo outros circuitos, a princípio estranhos à sua equipe de referência, mas que aos poucos foram sendo incorporados como certa forma de cuidado. Ou seja, o modo como Miguel e Clarice entraram e saíram várias vezes do cuidado formal do CAPSi coloca em xeque isso, apesar da boa articulação com o serviço no plano do acolhimento e do vínculo, mas que evidencia a fragilidade do tratamento ofertado. Não é por acaso que Clarice faz da internação a opção pelo tratamento.

“Eu acho que as meninas não são mais contra (a internação). Para elas, tem que tentar alguma alternativa. Em algum momento que elas viram o Miguel muito louco lá e pegava com elas. Ele precisava disso. Aqui na rua não tem como, só um cego para ver que não recupera.”

A busca preferencialmente por estabelecimentos privados de liberdade, em detrimento dos serviços comunitários, pode estar relacionada, como ilustram Paula et al. (2017), às dificuldades em curso na rede de serviços substitutivos, pois no Brasil não existe ainda uma

rede extra-hospitalar suficientemente instalada que priorize a promoção da saúde das pessoas, sem retirá-las do seu contexto de vida. Apesar de uma profissional do CAPSi referenciar que *“estamos esperando Miguel completar 18 anos para solicitar a internação do adolescente no leito do hospital geral, já que pela política do município só é possível quando o sujeito for maior de idade.”* (Diário de Campo, 05/04/2017).

De certa forma, os CAPS podem assumir papel secundário ao isolamento, podendo funcionar, caso associados à principal estratégia, como local para o afastamento do contexto do uso das drogas (PAULA et al., 2017). Assumindo os riscos de fracassos, a internação, porém, não representa nenhuma mudança no que concerne ao uso do crack. Contudo, é preciso ressaltar que o cuidado precisa ser permanente e pode passar pela internação, que deve ser logicizada pelos CAPS nos leitos de hospitais gerais.

Quanto a Clarice, a experiência do encontro mostrou-se uma tênue via para o compartilhamento do cuidado. Na verdade, o elo que ajudou a construir a confiança da família comigo foram minhas relações anteriores, quando trabalhava no CAPSi. O íntimo da relação construída se dissolveu, deixando de dizer a respeito exclusivamente daquela família. Não era mais sobre mim, Miguel e Clarice. Em parte, o que vivi ao acompanhar a trajetória de Miguel e Clarice na busca pelo cuidado não pode ser tomado na esfera privada de uma pessoa ou de um grupo de pessoas. Por este motivo, a experiência do cuidado conferiu à pesquisa a dimensão de análise das instituições em jogo no trabalho junto às práticas dos profissionais do CAPSi.

Segui mantendo contatos pontuais com Clarice via mensagens pelo WhatsApp até o ano de 2018. Já em relação a Miguel, pude encontrá-lo mais uma vez no CAPSi, após sua saída do centro de tratamento. Na última evolução do prontuário, constava sua participação em um grupo de NA e a proposta de encaminhamento para o CAPSad. Depois dessa data, Miguel e Clarice não compareceram mais ao serviço.

*“Ju infelizmente não tenho boas notícias o Miguel saiu da clínica né, dia 17/11 e com +ou - quinze dias teve recaída e voltou com tudo para as drogas. No final de dezembro acho que dia 28 mandei ele de novo pra clínica novamente a força, + infelizmente sem sucesso no dia 01/01 ele conseguiu fugir de lá. Desde então ele está morando na casa do pai o qual está apoiando muito o Miguel claro que está usando muito prefere ficar com o pai. Eu estou muito triste pela situação do Miguel + então achei melhor deixar ele viver a história dele. Coloquei para ele que não quero mesmo ele junto comigo vivendo desse jeito que ou se trata ou siga sua caminhada sozinho. Assim ele preferiu. Quase não tenho notícias dele e ele esteve aqui em casa*

*muito drogado. Entrou dormiu com minha mãe e foi embora no outro dia. Agora só esperar pra ver no que tudo isso vai dá”. 11:09 PM (WhatsApp, 11/01/2018).*

Diante do exposto, as mensagens mediadas pelo WhatsApp trocadas com Clarice possibilitaram reativar as verdades necessárias para a memória da pesquisa, contudo, não se trata apenas disso, da apropriação dos discursos de verdade como se fossem meus, pois eles são o próprio indivíduo, o que ele pensou, o que ele sentiu. A partir da reciprocidade das trocas de mensagens, um vasto campo de experiência se abriu, de tal modo que me arrisco a dizer que o ato de escrever foi intensificado como exercício de constituição de si e de cuidado com o outro. Ainda na tentativa de querer ajudá-la, informei-lhe sobre a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) mantida pela prefeitura, mesmo sabendo que tal argumento seria incapaz de solucionar a questão. Como já pontuado anteriormente, a Unidade de Acolhimento faz parte dos equipamentos elencados na RAPS, tendo como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. Para tanto, apresentam as características de funcionamento 24 horas nos 7 dias de semana, com caráter residencial transitório. Os usuários da Unidade de Acolhimento serão acolhidos conforme definido pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência (BRASIL, 2012).

*“Existe um local mantido pela prefeitura chamado unidade de acolhimento. Tem para adultos e adolescentes. São para pessoas que fazem uso de drogas e que são encaminhados pelos Caps. Sei que vc pode estar cansada da situação, mas pelo menos é um local para vc saber que existe. Não é um albergue. São para pessoas que possuem família, mas que nesse momento não conseguem conviver com ela. Tem uma equipe que trabalha na casa e são os moradores que cuidam de tudo. Fazem tratamento no Caps”. 11:36 PM (WhatsApp, 11/01/2018).* Após essa mensagem, não obtive mais retorno de Clarice. Mas há algo que se tem de levar em conta: por que permanecia em mim a necessidade de manter Miguel inserido nos serviços de saúde mental, transformando-os em lugares capazes de dar conta de todas as mazelas que atravessam a vida do jovem e da sua família?

### 3. PELAS FRESTAS DO QUE SE CHAMA DE CUIDADO

Eles é que me botam para nascer todo dia  
E sempre que eu morro me ressuscitam  
Me encarnam me desencarnam me reencarnam  
Me formam em menos de um segundo  
Se eu sumir desaparecer eles me procuram  
onde eu estiver  
Pra estar olhando pro gás pras paredes pro teto  
Ou pra cabeça deles e pro corpo deles.  
(PATROCÍNIO, 2001, p. 79).

A experiência de encontro com o cuidado foi construída ao longo do percurso da pesquisa. Foi um ano que me convocou a estar atenta sobre o modo como eu percebo o cuidado produzido no CAPSi. Para além do campo restrito da saúde mental, acompanhar a trajetória de Miguel diz respeito a uma forma peculiar de perceber/sentir o cuidado envolvendo sensações repletas de questionamentos e de inseguranças. A experiência junto ao jovem foi uma dentre outras possibilidades surgidas durante o processo de investigação que me desafiou a refletir não apenas o cuidado em si, mas me expôs a outros modos de vida. E outros modos de vida são também outros modos de estar no mundo.

De alguma maneira a passagem pelo CAPSi produziu deslocamentos. Se, por um lado, eu percebia a necessidade de aproximação com outros usuários autores de ato infracional, por outro, era também fundamental que mantivesse o contato com a equipe de profissionais, a fim de garantir a reflexão em torno do cuidado na pesquisa. Como era evidente meu desejo em permanecer escutando os jovens, acabei sendo convidada por uma das profissionais para acompanhar o trabalho desenvolvido no grupo Altos Papos. Acreditávamos eu e as trabalhadoras que conduziam o grupo citado que, dentre as modalidades de atendimento ofertadas pelo CAPSi, o Altos Papos era um espaço estratégico, pois possibilitava de certa forma uma convivência, mesmo que breve, com os jovens autores de ato infracional. O fato de o grupo ter como demanda aqueles que faziam uso de drogas ilícitas acabava por reforçar a relação, no tocante a determinados segmentos juvenis, entre criminalidade, drogas e vulnerabilidade. De todo modo, um número considerável de usuários inseridos no grupo estava envolvido com o sistema socioeducativo, cumprindo medida de internação ou de liberdade assistida. Logo, minha presença no grupo suscitou de imediato um pensamento: a entrada em cena poderia garantir uma dupla aproximação, seja com os jovens, apesar de todos os desafios implicados no processo de ouvi-los e acompanhá-los, seja também com as trabalhadoras do serviço, no sentido de conhecer o seu fazer, buscando compor formas de compreensão e de

visibilidade para os sentidos que o cuidado suscita. Assim, no período compreendido entre agosto e novembro de 2017, continuando no ano seguinte, de fevereiro a março de 2018, segui frequentando, mesmo que pontualmente, o grupo Altos Papos.

### **3.1 Juventude, pobreza, criminalidade e drogas: relações indissociáveis?**

Ao colocarmos os jovens na esfera de demandas em comum advindas do uso de drogas associada ao ato infracional, corremos o risco de operar numa mesma lógica discursiva promotora de diversos modos de segregação, seja nos próprios serviços de atenção psicossocial, através de tratamentos condicionados à cura ou à recuperação, quando providenciamos meios para controlar a marginalidade social destes jovens, seja mediante uma atuação correccional e de contenção mascarada por uma proposta terapêutico-psiquiátrica, que impregna seus corpos com fármacos estabilizadores diante dos comportamentos transgressores. A mesma lógica se estende a céu aberto quando, por meio de uma prática institucionalizante, adotamos procedimentos classificatórios e protocolares que, por sua vez, acabam por inviabilizar o tratamento, deslocando tais sujeitos e seus familiares para as comunidades terapêuticas e/ou centros de recuperação destinados à dependência química, na busca por alternativas possíveis para o cuidado.

Passemos então a refletir sobre a interseção entre o território da infração e a questão das drogas. Focalizando a temática, Scisleski, Maraschin e Silva (2008) trazem para a cena elementos importantes, a fim de pensarmos sobre os tensionamentos entre a criminalidade juvenil como categoria articulada à pobreza e ao consumo e tráfico de drogas, bem como os efeitos instituídos por determinadas práticas às quais se veem submetidos, sobretudo a juventude pobre. De acordo com as autoras, um dos aspectos que contribuem para esta configuração seria a tendência individualista que diz respeito a uma proposta terapêutica que desconsidera a trama social na qual estes jovens estão inseridos. Com frequência, o autor de ato infracional é visto como resultado de certas características individuais, compreendido a partir de traços de personalidade antissocial, que deve ser recuperado pela saúde, ressocializado pela justiça e reeducado pela educação. Ademais, é proveniente de determinantes essencialistas, como a família desestruturada e o ambiente pernicioso, razões que contribuem negativamente para o desenvolvimento do jovem, deixando-o mais exposto à possibilidade de cometimento do ato infracional. Esses entendimentos fazem parte de uma certa leitura do social de se pensar a infração e o envolvimento com as drogas pela perspectiva única do problema, concentrando

exclusivamente no indivíduo o causador de todos os males, mas também transformando-o no único protagonista responsável por modificar a trajetória da criminalidade, pois somente ele dispõe de recursos internos capazes de reconfigurar a situação na qual se encontra. São vidas instáveis, sem pontos de ancoragem, sem escapatória e com a mínima redenção possível. Scisleski, Maraschin e Silva (2008) chamam a atenção para a correlação entre o uso de drogas e o ato infracional, fenômenos sociais que não podem ser entendidos de forma simplista, que excluem ou pelo menos desconsideram as condições socioeconômicas e relacionais que os produzem. Dito isso, ainda em tempos regidos pelo ECA e apesar do avanço significativo no que concerne à Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), particularmente para o público juvenil, com a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei – PNAISARI (BRASIL, 2014), na qual se localizam as diretrizes para o cuidado em saúde daqueles que se encontram em atendimento no sistema socioeducativo, a lógica de produção de uma subjetividade individualizada, que limita as questões sociais aos aspectos psicológicos e criminais, encontra respaldo nos diferentes pontos da rede nos equipamentos de saúde, de justiça, de educação e de assistência social. Na prática verificamos, contudo, que essa leitura individualizada não está restrita somente aos profissionais que atuam nos serviços, mas também pode ser vivenciada pelos próprios jovens, que aprendem a atribuir a si essa incapacidade, que é socialmente produzida e forjada como pessoal (SCISLESKI; MARASCHIN; SILVA, 2008). Tanto a legitimação de uma individualidade fracassada quanto a reificação do lugar de marginalidade social mobilizam concepções que não têm produzido modificações nos modos de entender esses jovens, frequentemente vistos como potenciais criminosos, delinquentes, infratores e doentes (ou ainda tudo isso junto e misturado). Por isso mesmo, ao manter o foco único no sujeito ou, no máximo, na matriz familiar e no meio social, lhe são retiradas quaisquer possibilidades de saída de um circuito aprisionante. Como exemplo, retomo uma conversa que tive com um jovem cumprindo medida socioeducativa em meio aberto devido a infração relacionada à posse e venda de drogas. *“Após o grupo ele entrou na sala e se sentou. Falei para ele que poderíamos iniciar nossa conversa no CAPSi ou em outro lugar, à medida que ele se sentisse mais confiante. Ele disse para começarmos pelo CAPSi. Falou que mora com a avó, o avô, a mãe e mais dois primos (2 e 5 anos de idade). O pai estava preso por latrocínio e não costumava voltar das saidinhas. Agora perdeu de vez o direito. Disse que o tio estava preso e a mulher do tio foi assassinada. Falou que já foi para a Fundação CASA por duas vezes (a primeira vez ficou por 9 meses, a segunda por 11 meses). Disse que atualmente cumpre LA no período da manhã. Nas duas vezes que esteve na FC solicitou vir para o CAPSi. Na segunda vez, só conseguiu comparecer quase na saída do cumprimento da*

*medida. Disse que durante a internação o CAPSi era uma forma de dar uma circulada, ver outras pessoas. Contou bastante sobre as situações de envolvimento com a polícia. Disse que se preocupa em fazer 18 anos, pois já está marcado pelos policiais. Falou que possui uma irmã por parte de pai. Sua mãe teve meningite quando criança e ficou com sequelas. Ela queria que ele ficasse internado na FC. Tem vontade de arranjar um trampo (trabalho), mas não está estudando e também não consegue ser fichado.” (Diário de Campo, 15/08/2017).*

Tal fragmento também pode nos servir aqui para apontar uma indagação, na trilha do cuidado possível: como os serviços ou quaisquer outras instâncias podem auxiliar os jovens a repensar sua situação, sem que de antemão ofereçam um cuidado estigmatizante que já os conceba em uma posição de marginalidade?

Bardi e Malfitano (2014), além de explicitarem o posicionamento contrário às práticas relacionadas ao consumo de drogas que limitam a discussão em torno da criminalização, da falta individual e da utilização do aparato repressivo no combate às substâncias ilícitas, ressaltam o uso de certas derivações semânticas de cunho pejorativo, “quando associadas à violência, ao crime, ao tráfico e à bandidagem” (BARDI; MALFITANO, 2014, p. 44), especificamente para os seres indesejáveis que desafiam com sua própria existência os valores morais e legais da cidade. Tendo em vista os apontamentos descritos pelas autoras, os jovens pobres, habitantes dos territórios periféricos, costumam trazer consigo o estigma da condenação, acirrado pelo controle sobre si e pelo aumento da restrição de oportunidades de inclusão social. Assim sendo, quando se trata da correlação entre juventude, pobreza, criminalidade e uso de drogas, ponderamos sobre a necessidade de conferir um olhar que não sirva às classificações inconsequentes, sobretudo para aqueles que adquirem uma nomeação social patológica e segregativa. Nossa visão, não sem consequências para o campo social, deve recusar ser consumida por uma certa cegueira moral, de forma que seja possível permitir que a agudeza do olhar promova a amplitude do cuidado e que produza, na prática, o acolhimento em suas singularidades.

Podemos dizer que a criminalização da juventude pobre se desenrola também pela nossa política criminal de drogas. A adoção do modelo proibicionista em relação a algumas substâncias ilícitas, introduzido pelo conservadorismo republicano estadunidense, nos foi imposta desde os anos 1960 pela doutrina de segurança nacional durante o regime militar, com a exploração de grupos insurgentes, por meio da reconstrução do inimigo interno, que pretendiam alterações sociais tendo em vista o retorno de uma democracia que talvez nunca

tenha existido. Em nome da guerra às drogas, Scisleski et al. (2013) enfatizam que a droga, como metáfora diabólica, permitiu ao estado brasileiro equipar as polícias com armamento pesado, através de recursos militares provenientes dos EUA, deslocando a figura do inimigo interno do subversivo para o traficante, propiciando a ampliação de exercícios formais de controle penal e militar voltados a categorias específicas da população. Este modelo bélico produz marcas no poder jurídico que possibilitam uma certa legitimidade da ditadura no Brasil, capaz de ordenar incursões em comunidades desassistidas, provocando especialmente a banalização da morte em jovens negros/índios e pobres. Imbuídos por um forte sentimento missionário, o poder público, aliançado com determinados segmentos da sociedade, converte a droga em um elemento (moral, político, econômico, étnico) a ser combatido devido ao seu potencial de produção de desordem na cidade e no tecido social. Como efeito dessa cruzada missionária, os corpos periféricos marcados pelo racismo e pelo discurso de marginalização permanecem reconhecidos pelo risco em potencial, mas continuarão submetidos às novas formas de invisibilização e estigmatização, vivenciando diversas violências e opressões. Paralelamente a este processo, o governo norte-americano, a partir da década de 1980, por meio de uma política de austeridade, alavanca a campanha das “guerras às drogas”, modulando estratégias de repressão e combate aos próprios usuários. Para além das fronteiras estadunidenses, a política de combate às drogas ultrapassa os limites territoriais, encontrando nos países latino-americanos terreno fértil para a expansão dessa política, também favorecida por interesse de grupos políticos dominantes locais. Frente a estes temas, Scisleski et al. (2013), ao discutirem a associação entre repressão e tráfico varejista de drogas nos territórios previamente discriminados e marginalizados, retomam o pensamento de Foucault correspondente à lógica de racismo do Estado. Como já mencionado, o racismo se inseriu como mecanismo do Estado pela emergência do biopoder, pondo em evidência práticas pelas quais se permite que determinadas categorias populacionais morram para que outras possam viver mais e melhor, ou seja, configura-se em uma estratégia de governo, “uma maneira de defasar, no interior da população, uns grupos em relação aos outros.” (FOUCAULT, 2010, p. 214). Como vimos no pensamento de Foucault, tirar a vida não passa simplesmente pelo assassinio direto do sujeito, porém, no que tange às áreas que sofrem influência do comércio de substâncias ilícitas, a campanha de combate às drogas, travestida pelo racismo de Estado, se expressa por ações de repressão violenta e combate armado por parte do poder público contra traficantes, mas também se direciona massiva e ostensivamente às populações pobres, bem como aos territórios que ocupam na cidade.

### 3.1.1 Conjuntura política e as mudanças no cenário brasileiro no campo das drogas

A respeito dos mecanismos legislativos em vigor, no que concerne à questão das drogas no Brasil, podemos destacar a implantação da Política Nacional sobre Drogas de 2019, através do Decreto presidencial nº 9761 (BRASIL, 2019b), que revogou a Política Nacional Anti-Drogas (PNAD) de 2010, bem como a edição da Lei federal nº 13.840/19, que alterou a Lei nº 11.343, de 2006, do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), além de outras 12 legislações sobre o tema, cujo primeiro pressuposto é buscar incessantemente atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas e da dependência de tais drogas. Apesar dos avanços da legislação dos governos no período do lulopetismo, que tinha como princípio a política de redução de danos (tratamento focado em ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de drogas, e que teve espaço no país, após 1990, a partir de ações de combate à aids) e a inclusão do usuário nessa discussão, numa interpretação possível do sentido que permaneceu durante o mandato da ex-presidenta Dilma Rousseff, no que diz respeito à redução da oferta de drogas, presenciamos estratégias de caráter repressivo, com responsabilização criminal do traficante pela produção (plantio e armazenamento), deslocamento e comércio de drogas ilícitas (oferecimento, divulgação e consumo). Podem ser destacadas também outras críticas pertinentes aos mecanismos legais dos governos de esquerda, como: a indistinção entre usuário e traficante, já que a legislação não especifica qual a quantidade máxima de drogas que caracterizaria um usuário e a quantidade mínima que diria respeito ao traficante; a falta de critérios objetivos, mediante a interpretação subjetiva do juiz, no que se refere à tipificação do consumo ou do tráfico de drogas, assim como a necessidade de identificar fatores determinantes que expliquem a conduta e os antecedentes do sujeito no seu envolvimento com a droga (SCISLESKI et al., 2013). Contudo, este processo se agudiza de forma cada vez mais avassaladora a partir da atual política de drogas do governo de extrema-direita, que só reforça os argumentos para uma prática permanentemente manicomial, repressiva e de violação de direitos humanos, na medida em que a legislação converge sobre temas como a internação compulsória, o agravamento da pena do traficante que comandar organização criminosa, passando de 5 para 8 anos de reclusão, e a possibilidade de transferência de bens (veículos, embarcações, aeronaves, máquinas, ferramentas, instrumentos e objetos de qualquer natureza) usados no tráfico de drogas, antes mesmo de promovida a denúncia. Neste último caso, os veículos poderão ser confiscados, colocados pelo juiz à disposição da polícia, de comunidades terapêuticas e de outras entidades da sociedade civil atuantes no tratamento para usuários de drogas (BRASIL, 2019).

A legislação atual também retira a menção à política de redução de danos, e prevê que a internação involuntária, ou seja, sem o consentimento do usuário, seja solicitada por familiar ou responsável legal, profissional da área de saúde, de assistência social e de órgãos públicos integrantes do SISNAD e formalizada por decisão médica. Sem a necessidade de autorização judicial, o usuário de droga poderá ficar internado involuntariamente por um período de até 90 dias, sendo que somente o médico responsável poderá referendar a interrupção do tratamento. Além disso, o texto incorpora as Comunidades Terapêuticas (CTs), entidades filantrópicas de cunho religioso, possibilitando maior transferência de recursos públicos para tais espaços, que pregam a abstinência no tratamento. O que me parece interessante e que faz tempo que é problemático é que, embora a política de drogas nas gestões anteriores estivesse baseada em propostas de redução de danos, os governos de esquerda oficializaram as CTs na rede de atenção psicossocial, com montante de dinheiro destinado a tais comunidades. Por sua vez, longe de atuarem conjuntamente com as propostas governamentais, tanto os profissionais dos serviços, quanto coletivos e movimentos sociais do campo das drogas, trabalharam em tensionamento e discordância em relação às CTs, realizando denúncias e mobilizações.

Destaca-se que a atual Política Nacional sobre Drogas foi aprovada contrariando todas as Conferências Nacionais de Saúde Mental, assim como os encaminhamentos do Conselho Nacional de Saúde. Ainda que o novo texto faça menção aos conselhos para a execução da política pública nas três esferas federativas, incluindo a participação da sociedade civil organizada, o atual governo federal excluiu, por meio de decreto, as vagas destinadas a especialistas e integrantes da sociedade civil do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), além de proibir que as discussões do CONAD se tornem públicas sem autorização prévia. Na prática, aponta-se para a redução da participação social e a extinção de diversos outros conselhos.

### 3.1.2 Vigiar e cuidar: vidas que não importam

De modo ainda mais complexo, sabe-se que a internação compulsória, longe de oferecer uma solução, é um dos pontos nodais para a questão da política antidroga, porque frequentemente tem sido usada como justificativa para ações de recolhimento de pessoas encontradas nas ruas que utilizam substâncias psicoativas. Como se sabe, a identificação das ruas como local perigoso é estratégia antiga. A construção do medo frente à periculosidade daqueles que consomem drogas, habitam as ruas e bairros periféricos, é discurso rotineiro

propagado pela mídia e apoiado por grande parte da população. Sob o argumento da segurança pública, o discurso contemporâneo de criminalização do uso de drogas é hoje um dos mais poderosos instrumentos para ampliar o poder de intervenção do Estado, justamente para essa gente “sem eira e nem beira”, sem lugar e sem identidade definida, que ameaça a ordem pública e que, portanto, deve ser mantida por considerável período de tempo, longe da sociedade.

Em suma, trata-se de sujeitos indesejáveis considerados perigosos, representados por aqueles que não aderem às propostas governamentais ofertadas, por outros que deslizam pelas malhas dos equipamentos de assistência, de saúde e de justiça, sem necessariamente se fixar em algum serviço específico, insistindo e persistindo em existir e marcar presença nas ruas dos grandes centros urbanos.

Nos dias que correm, constata-se uma ampla circulação de portarias, decretos e medidas que, sob o argumento da proteção e do cuidado, evidenciam estratégias de recolhimento de crianças, adolescentes e adultos que consomem drogas, em especial daqueles considerados em situação de rua. Por outro lado, verificamos que as estratégias de cerceamento da população de rua e usuária de drogas estarão agora sob o respaldo da lei, ou seja, frente ao uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, a nova política de drogas basicamente visa acelerar os encaminhamentos dos pobres que consomem drogas e que circulam na cidade, sob a forma de internação. De fato, poucos meses depois da aprovação da atual política de drogas, o poder executivo municipal do Rio de Janeiro publicou o Decreto nº 46.314, de 05 de agosto de 2019 (RIO DE JANEIRO, 2019), que descreve as medidas de atendimento para usuários de drogas em situação de rua por meio da internação involuntária, por até 90 dias. Importante ressaltar que o decreto municipal mantém os pontos básicos da política nacional de drogas do governo federal, além de definir como público-alvo: os dependentes de drogas – pessoas que utilizam permanentemente substância psicoativa, lícita ou ilícita, e que apresentem falta de controle físico e psíquico em relação ao seu uso e efeitos; a população em situação de rua e as atividades de prevenção ao uso indevido de drogas. De qualquer forma, tais definições sobre o público-alvo abrem-se para o risco de uma completa especulação capaz de subsidiar as ações das equipes que trabalharão nas ruas da cidade. Desse modo, vemos que o próprio decreto pode operar, então, através de uma homogeneização por meio da categoria “pobre morador de rua dependente químico”, indicando que há uma simbiose entre os distintos grupos de usuários. Objetivando identificar o perfil social da população de rua, o decreto prevê a criação de um cadastro municipal, o que pode abrir caminho para a condução compulsória das pessoas para registro das informações. Outro recorte do decreto estabelece que as internações involuntárias

deverão ser atestadas por um médico, situação que pode alastrar difusamente uma linguagem ligada à saúde, a partir de um modo específico de julgamento moral, pouco afeto aos cuidados, mas que acaba se tornando visível nos espaços urbanos por onde esses sujeitos transitam, ou seja, utiliza-se o discurso oficial de cuidado à saúde como dispositivo de controle social e como prática de limpeza urbana. Poderíamos encontrar aqui um desvio de direção em nossa análise; Rui (2014), ao acompanhar o deslocamento de uma equipe de redução de danos na cracolândia paulistana, mostra que, em grande medida, a atuação dos profissionais médicos no local contrapõe-se aos ideais higienistas das intervenções estatais, dos fins do século XIX e começo do XX, sob a forma de uma polícia médica que contribuiu decisivamente para a criação de normas, interdições e leis da cidade. Contrapondo-se aos estereótipos dos profissionais que insistem em reatualizar a antiga prática de polícia médica, a autora traz como exemplo a atuação de dois médicos que trabalhavam na região da cracolândia, tendo como proposta um tratamento mais respeitoso e mais digno aos usuários. No decorrer do texto, Rui relata que as ações dos dois profissionais não se restringiam ao abuso de drogas e à decorrências desse uso. Em torno do consumo sobretudo do crack e do que fazer diante dele, os médicos precisavam lidar com as intempéries ocorridas no local, disputas e embates que envolviam muitas outras coisas além do consumo de substâncias (RUI, 2014). Contudo, chama-nos atenção que a política para a população de rua usuária de drogas não se restringe de forma isolada às ações desse novo governo. Cabe sinalizar que a tendência das práticas repressoras se estende a outras regiões do país. Como o recente Projeto Redenção, executado pelos governos municipal e estadual de São Paulo, em 2017, que visa combater as chamadas cracolândias e o consumo de crack, especialmente na região central da capital paulista. Apesar da proposta do atendimento humanizado para os serviços de assistência social e de saúde, garantindo-se a promoção e a defesa dos direitos humanos e a geração de oportunidades para a reinserção social<sup>38</sup>, no geral permanece a mesma lógica militarizada, de caráter higienista, que visa coibir o uso de drogas, ou ao menos faz dispersar os pobres urbanos do local.

Neste sentido, as propostas governamentais recentes parecem fomentar perigosas ações e práticas com importante impacto sobre a vida das pessoas, especialmente dos pobres moradores de rua que são usuários de drogas, já que, com o desmonte em curso da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os encaminhamentos para as Comunidades Terapêuticas tendem a se sustentar cada vez mais como aposta em tirar os usuários dos seus espaços de consumo. A essa

---

<sup>38</sup> Sobre o assunto, consultar o Programa de Metas da Cidade de São Paulo 2017-2020. Disponível em: <[http://planejasampa.prefeitura.sp.gov.br/assets/Programa-de-Metas\\_2017-2020\\_Final.pdf](http://planejasampa.prefeitura.sp.gov.br/assets/Programa-de-Metas_2017-2020_Final.pdf)>.

situação soma-se outra: a violação dos direitos de ir e vir das pessoas nas ruas. Alocados nos devidos lugares para a correção dos males entranhados em seus corpos, os sujeitos reconhecidos como inúteis e perigosos são tomados pela força da lei, a partir de ações que corroborem a higienização e segurança do espaço público. Desejando um mundo pacífico e seguro, os representantes da lei – a polícia, os gestores urbanos, os operadores de agências estatais – e moradores das grandes cidades não admitem qualquer resíduo de impureza que possa interferir na geografia das paisagens urbanas.

*“São 3:18 da manhã. Sonhei que haviam implantado uma Unidade Experimental de Saúde no interior do estado. Intelectuais, professores universitários, donas de casa, advogados, pais dos adolescentes aplaudem com entusiasmo a iniciativa. Não consigo me posicionar. Acordo perturbada. A voz não sai em protesto. Talvez o sonho tenha alguma relação com a noite anterior, quando lanço uma pergunta nas redes sociais aos amigos capixabas: após 5 dias de paralisação da polícia militar no estado<sup>39</sup>, qual a sensação de terem sua liberdade restringida? Penso nos adolescentes”*. (Diário de Campo, 09/02/2017).

Seguindo uma circularidade indemonstrável, ao tomarmos a juventude pobre como problema social, vemos emergir categorias que se enlaçam entre si, como pobreza, criminalidade e uso de drogas, exigindo novas políticas por parte do Estado, ainda que na maioria das vezes isso implique em ações pontuais com efeitos de segregação. Sob a alegação de se estar cuidando da saúde desses sujeitos, Scisleski et al. (2013) formulam que as atuais políticas voltadas para os usuários de drogas são herdeiras do projeto neoliberal estadunidense de guerra às drogas, sendo, na verdade, nomeadas de polícias da saúde, já que operam por meio de estratégias de segurança pública em torno da saúde. Além disso, tais políticas-polícias antidrogas abrangem uma seletividade social e econômica evidente por parte de uma parcela pobre da população envolvida com substâncias, tomando como base o perfil de quem as consome e não pelo uso da droga em si, quando os usuários receberão tratamentos de saúde

---

<sup>39</sup> Em fevereiro de 2017, o estado do Espírito Santo vivenciava a maior crise de segurança da sua história. Em busca de reajuste salarial e melhores condições de trabalho, mulheres e familiares dos policiais militares bloquearam a saída de viaturas e dos agentes de segurança dos batalhões em todo o estado, impedindo que as tropas saíssem às ruas. Durante 21 dias sem policiamento, as escolas tiveram as aulas suspensas, as repartições públicas ficaram com atendimento comprometido, o comércio foi alvo de saques, com diversas lojas destruídas, e pelo menos 130 mortes registradas nesse período tiveram a atuação de policiais, segundo investigação da Polícia Federal, que aponta a ação de grupos de extermínio formados por policiais militares no estado. (CBN, 12 de fevereiro de 2017). Disponível em: <[http://m.cbn.globoradio.globo.com/editorias/policia/2017/02/12/INVESTIGACAO-APONTA-QUE-PARTE-DAS-MORTES-REGISTRADAS-NO-ES-TEVE-ATUACAO-DE-PMS.htm?utm\\_source=facebook](http://m.cbn.globoradio.globo.com/editorias/policia/2017/02/12/INVESTIGACAO-APONTA-QUE-PARTE-DAS-MORTES-REGISTRADAS-NO-ES-TEVE-ATUACAO-DE-PMS.htm?utm_source=facebook)>. Acesso em: 08 ago. 2019. Também no ano de 2017, a crise de segurança pública atingiu as cidades do Rio de Janeiro, Fortaleza e Salvador.

distintos. Ainda sobre as reflexões dos autores, ressaltamos que existem práticas voltadas ao atendimento em saúde para usuários de drogas, mas essas ações não são exclusivas para a população pobre. Nessas circunstâncias, é possível obter tratamento em saúde por recursos próprios. Lembremo-nos do jovem Miguel, para o qual a mãe Clarice pagava em torno de novecentos reais mensais referentes à internação do filho em um centro para dependentes químicos. No caso daqueles que não possuem poder aquisitivo, ou seja, os pobres e miseráveis, serão encaminhados para as Comunidades Terapêuticas, nas quais o tratamento está centrado no modelo de abstinência, com possível cura para a dependência química, ou ainda poderão ser enquadrados no sistema prisional, uma vez que é recorrente que o sujeito pobre usuário de drogas participe também da venda de substâncias, respondendo, assim, pelo crime de tráfico.

Não podemos deixar de assinalar duas questões extremamente relevantes no que se refere às ações em nome da política criminal sobre drogas: a primeira diz respeito ao racismo enquanto base estruturante, ou seja, existe a produção de uma subjetividade potencialmente perigosa atrelada à pobreza que encontra sentido mediante a forte inspiração lombrosiana e as metáforas biodeterministas que sobreviveram imunes ao longo dos séculos; a segunda compreende a lógica do encarceramento em massa, que se vincula à retórica belicosa de guerra às drogas utilizada como subterfúgio para viabilizar práticas racistas e classistas. Contudo, a fim de apreender a complexidade e os contornos gerais em torno do encarceramento em massa e da seletividade racial, é possível dizer que são escassos os estudos que relacionam tais processos à questão racial e à questão etária, seja no campo da segurança pública, seja no sistema de justiça criminal. Embora os dados indiquem que homens jovens, negros, com pouca escolaridade, entre 18 a 29 anos, sempre tenham tido índices de encarceramento relativamente altos, verifica-se a escassez de dados para a faixa etária entre 12 e 17 anos dos envolvidos no sistema de justiça juvenil, especialmente quanto aos que cumprem as medidas socioeducativas restritivas de liberdade (internação, internação provisória e semiliberdade). No que pesem os dados obtidos no “Mapa do Encarceramento: os jovens do Brasil” (BRASIL, 2015), não foi possível obter a informação do quesito raça/cor para os adolescentes, apesar de o eixo étnico racial constar nas diretrizes do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. Neste cenário, nos anos de 2011 e 2012, o documento aponta que houve uma elevação da taxa nacional de adolescentes cumprindo medida restritiva de liberdade. Em relação aos atos infracionais mais recorrentes no país, o roubo representou a infração mais cometida, seguido pelo tráfico de drogas, homicídios e furtos. Os demais atos infracionais (porte de arma de fogo, tentativa de homicídio, latrocínio e estupro) tiveram baixa porcentagem (BRASIL, 2015).

Da relação dos adolescentes autores de ato infracional com a justiça, revela-se a falta de acesso às informações. Também faltam dados na saúde (ou quaisquer outro setor) e o jovem não branco, pobre e periférico será via de regra colocado (não apenas pelo governo, mas também pela mídia, o que é reproduzido pela sociedade) como traficante de drogas, ou como usuário submetido às diversas faces da violência e entregue a toda sorte de formas de ser encarcerado, porque sequer será reconhecido como habitante da cidade.

Retornemos ao que foi exposto anteriormente a respeito da realidade desses adolescentes que físgam os profissionais no serviço de saúde mental.

### **3.2 O grupo Altos Papos e o que dele reverbera**

Eram meados de 2011 quando uma nova modalidade grupal foi criada no CAPSi, como resposta ao enfrentamento cada vez mais contundente de demandas como, por exemplo, o uso abusivo de drogas por adolescentes. Entre várias questões interessantes, há o apontamento de dois aspectos que não devem ser esquecidos, tampouco menosprezados por aqueles que conhecem a história do surgimento do grupo Altos Papos, principalmente no que diz respeito à articulação entre serviços. O primeiro aspecto refere-se ao fato de que, nos anos de 2010 e 2011, a demanda pelo uso de drogas pelos adolescentes era compartilhada pelos dois equipamentos de atenção à saúde mental do município, ou seja, tanto o CAPSi quanto o CAPSad realizavam o atendimento à população, sobretudo juvenil, que consumia drogas. Levando em consideração a faixa etária, o adolescente de até 16 anos era atendido no CAPSi, e após essa idade era automaticamente encaminhado para o CAPSad. A meu ver, essa dinâmica de funcionamento evidenciava a centralidade do cuidado somente no uso da substância, pois, na medida em que o jovem se aproximava da idade estabelecida por ambos os serviços, ele passava a ser considerado como um potencial usuário de drogas, mesmo que fizesse uso em pequenas quantidades. Classificávamos antes para cuidar depois. Tal *modus operandi* tornava-se ainda mais intrincado quando comparado ao contexto brasileiro, já que, à época, o Ministério da Saúde não havia definido, de forma clara, qual CAPS possuía atribuição exclusiva para atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais decorrentes do uso de drogas ilícitas, atribuindo a referida responsabilidade tanto aos CAPSad, quanto aos CAPSi, conforme a Portaria ministerial nº 3.088 (BRASIL, 2011). Também o CAPS I (indicado para municípios com população acima de setenta mil habitantes) era considerado como um dos equipamentos responsáveis pelo atendimento, sendo, portanto, necessário que cada município definisse o

fluxo mais adequado às necessidades da população infantojuvenil que fazia uso de álcool e outras drogas. Indo um pouco mais adiante nos anos, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 3.588 (BRASIL, 2017), que dispôs sobre a implantação do CAPSad IV, com atendimento vinte e quatro horas para pessoas de todas as faixas etárias, incluindo crianças e adolescentes, com grave e intenso sofrimento devido ao uso de crack, álcool e outras drogas. Podemos notar que, ao longo dos anos, apesar das normativas no plano macropolítico, a proposta de atendimento para os jovens que estejam fazendo uso de drogas tem ocorrido com certa tendência ao CAPS infantojuvenil, tornando evidente, a princípio, que o sofrimento não é ditado exclusivamente pelo uso das substâncias, mas atrelado às diversas contingências da vida. Todavia, ser atendido em um “lugar especializado” para determinado tipo de situação e de público não garante por si só uma compreensão ampliada em relação ao cuidado. Torna-se fundamental estarmos atentos aos encontros sobre o que os jovens usuários dizem, escutando-os com toda atenção, para além daquilo que querem falar. Também se torna igualmente relevante a articulação entre os serviços que acolhem tais jovens, visando um trabalho de pactuação diante das dificuldades concretas da vida e suas formas de dar sentido à existência. O segundo aspecto referente ao grupo Altos Papos diz respeito a sua própria implantação em 2011. Pode-se dizer que a história do adolescente Noel impulsionou a criação do grupo. Noel chegou ao CAPSi com 13 anos, encaminhado pelo conselho tutelar, após uma reportagem da TV local que anunciava sobre a história de um adolescente mantido acorrentado em casa pela própria mãe, devido ao intenso uso de crack. Eu mesma pude vivenciar a situação, pois realizei uma visita domiciliar na residência de Noel, onde me deparei com as correntes amarradas aos pés da cama em cujo local ele era mantido preso. O ocorrido impactou a mim e aos outros profissionais que trabalhavam no serviço, mas só fui compreender melhor o contexto daquela situação quando conheci mais de perto Noel e sua mãe. Na época houve um burburinho na cidade, com a intervenção do próprio secretário de saúde, solicitando uma solução imediata do CAPSi. De acordo com o prontuário, Noel era considerado um ótimo filho pela mãe, mas, após o envolvimento com pessoas que faziam uso de drogas, o seu comportamento mudou. O adolescente não ficava mais em casa, não tendo horário para comer nem dormir. Quando estava sob o efeito das drogas, mostrava-se calmo e tranquilo, porém, quando não usava, ficava agressivo. Pela descrição do prontuário, a mãe verbalizava que não podia mais sair de casa, pois temia que o filho vendesse tudo para comprar drogas. Mediante as circunstâncias da vida, a mãe se encontrava aflita, pois Noel estava começando a roubar nas redondezas do bairro onde morava, e ela, a mãe, temia pela vida dele. É importante destacarmos, neste ponto, que Noel comparece ao CAPSi com um intenso uso de crack, fazendo com que os membros da equipe cogitassem uma possível

transferência para o CAPSad, alegando que tal serviço seria mais adequado para o adolescente, mesmo Noel não tendo a idade de ser transferido para o serviço de álcool e outras drogas. Porém, a equipe do CAPSi reconsidera e Noel permanece no serviço infantojuvenil. A resposta para o impasse sobre qual equipamento devesse acolher Noel veio em forma de grupo e, assim, foi criado o Altos Papos, que tinha como objetivo o atendimento para os adolescentes usuários de drogas, pois até então os casos que chegavam eram incluídos em outras modalidades terapêuticas dentro do serviço. A partir de então, com o grupo Altos Papos, os adolescentes não eram mais transferidos para o CAPSad quando completavam 16 anos, já que permaneciam no CAPSi até a maioridade. Aqui novamente identificamos um ponto dessa discussão do qual não poderemos recuar: desde a criação do Altos Papos, até o período no qual permaneci no grupo durante a pesquisa, a cada novo caso e a cada nova situação foi possível perceber que a problemática em torno das falas dos jovens não estava circunscrita apenas ao uso de drogas. Diante de uma proposta de cuidado para esta população, não podemos cansar de afirmar que a questão das drogas não pode ser abordada isoladamente, pois traz consigo uma dimensão multifatorial apoiada por processos mais amplos, no qual o seu uso se apresenta como mais uma circunstância, dentre os diversos elementos que perpassam a vida do sujeito.

Assim, para participar dos encontros do Altos Papos, além do convite das profissionais, pedi autorização aos usuários que frequentavam o grupo. Conteí, então, a eles sobre a pesquisa e falei sobre minha atuação como antiga psicóloga do CAPSi. Foi desse modo que anunciei minha entrada, acreditando que o conhecimento do local favorecesse uma posição de reconhecimento com o qual eu considerava ter alguma familiaridade, almejando, sem dúvida, o processo de aproximação com os jovens. Também os pais que participavam do grupo de família foram informados sobre a minha presença. Importante esclarecer que, para cada grupo de crianças e de adolescentes que ocorria no CAPSi, acontecia concomitantemente um grupo de família no qual os responsáveis eram atendidos, sempre trazendo informações imprescindíveis sobre a história e o cotidiano de suas famílias. Como ocorria com o público infantojuvenil, a presença dos pais era obrigatória nos respectivos grupos destinados a eles. Caso um familiar não pudesse comparecer ao CAPSi, deveria avisar de antemão a sua ausência, porém um outro responsável pelo usuário poderia acompanhá-lo e, portanto, ambos poderiam frequentar o grupo. Embora o acompanhamento dos pais seja fundamental no que tange ao acesso à saúde dos filhos, apenas a garantia da presença dos responsáveis torna-se um equívoco que pode ocasionar a não adesão ao tratamento. Em determinada ocasião, ao realizar uma visita institucional no programa de medida socioeducativa, uma das profissionais confirmou que uma

das razões pelas quais os adolescentes não aderiam ao tratamento era porque o serviço de saúde mental costumava ser bem burocrático, exigindo a presença da família durante o acolhimento. Muitas vezes os adolescentes queriam ir, mas as famílias não podiam acompanhá-los. O que se destaca nestas situações é o fato de que não podemos reduzir o direito à saúde à mera participação dos responsáveis ao serviço, uma vez que a proteção integral abarca o princípio de autonomia. Ou seja, ressalte-se que é essencial o reconhecimento da autonomia, devendo todos, inclusive crianças, jovens e famílias atendidas, participarem ativamente do direcionamento de suas vidas. Evidentemente que não se trata de confundir autonomia com a vontade de fazer o que se quer, mas de conferir, sobretudo, ao segmento infantojuvenil o seu direito à voz, à participação política e ao reconhecimento entre pessoas em fase peculiar de desenvolvimento e sujeito de direitos. Crianças e jovens não são simplesmente objetos de cuidados, pois devem ser tratados como sujeitos ativos pelas políticas públicas capazes de direcionar ações em torno das suas próprias histórias e trajetórias.

Dessa forma, por alguns meses pude semanalmente acompanhar, em conjunto com as profissionais, o grupo Altos Papos, que na época tinha em média cerca de oito jovens, apesar de a lista de presença ultrapassar o número de quinze participantes. O fato de todos os jovens inseridos no grupo contemplarem o uso de drogas como demanda principal, e alguns deles estarem diretamente envolvidos com as chamadas medidas socioeducativas, deveria ser um fator meramente secundário – como, aliás, deveria sempre ser, onde quer que eles fossem, dentro ou fora do CAPSi. Porém, mesmo para mim tal relação mostrava-se naturalizada. *“Caminhando em direção ao CAPSi noto a van da Fundação CASA. Penso: hoje tem grupo Altos Papos. O grupo Altos Papos é a atividade do CAPSi que possui o maior número de adolescentes cumprindo medidas socioeducativas, além de todos os inseridos no grupo consumirem drogas. Logo que entro no CAPSi reparo em um adolescente. Seu rosto não me é estranho. Percebo que ele também olha para mim. Tenho vontade de me aproximar dele, porém retomo a pesquisa dos prontuários. Mais tarde confirmo que é o adolescente Gabriel. Como as salas estão sendo usadas, acabo ficando no andar de cima do serviço.”* (Diário de Campo, 07/08/2017).

Devo sublinhar que, nesse primeiro movimento, no ímpeto de ir em direção a Gabriel, sou convocada a recuar. Agradava-me a ideia de ouvir o jovem, que cumpriu medida socioeducativa com restrição de liberdade. Pretendia escutar não sua queixa, que poderia se configurar na obediência às regras institucionais, mas seu modo expressivo-subversivo que se encontrava fora das palavras. Ao propor a escuta da aventura infracional, não pretendia

exercitar a intensidade da sua transgressão, que residiria na cronologia dos fatos: roubo, droga, tráfico, abandono, infração, internação e tratamento. Assim, corria o risco de se compartimentalizar a vida. Atrevo-me a correr outro risco. O fato é que, para aqueles que desejam adentrar, aproximar, ir ao encontro daquela experiência de mundo que cada uma daquelas almas delinquentes evoca, é preciso mostrar, como disse Genet<sup>40</sup> (1988, p. 11), “para que a voz do criminoso se fizesse ouvir. E não o seu lamento, mas canto de glória”. No texto “A criança criminosa”, de Jean Genet, encontramos um atravessamento entre os princípios do educador que se afasta da sanção castigo, mas possui a candidez e a boa vontade de uma salvadora de almas e o desejo do jovem delinquente que destina provar que sua força, sua violência e sua virilidade são, na verdade, a “projeção de si na mais magnífica, mais audaciosa, enfim, na mais perigosa das vidas”.

Se for baixa a vossa alma, chamei então de inconsciência ao movimento que leva a criança de quinze anos até ao seu delito ou ao crime; eu chamo-lhe outro nome. Porque é preciso um senhor orgulho, uma formosa coragem, para nos opormos a uma sociedade tão forte, às mais severas instituições, as leis protegidas por uma polícia cuja força tanto está no fabuloso, mitológico, informe terror que instala nas almas das crianças, como na sua organização. O que as leva ao crime é (...) a projeção de si, na mais magnífica, mais audaciosa, mais perigosa enfim de todas as vidas. (...) E a mim próprio me pergunto se também as não persegui por despeito, por elas vos desprezarem e abandonarem. (GENET, 1988, p. 20).

Pequeno desvio necessário. Poupei-me de ir ao encontro do jovem Gabriel. Desta vez preferi encontrá-lo no grupo. A escolha de trazer tal trajetória se deve ao fato de que, durante a pesquisa, foi-se percebendo a possibilidade de o jovem constituir-se como o segundo usuário guia na perspectiva do caso traçador do cuidado. Cheguei a travar uma conversa pontual com ele e sua companheira, convidando-o a participar do estudo, porém, devido ao seu abandono no tratamento, não consegui acompanhá-lo. Dessa forma, trago um breve recorte da sua trajetória baseado no prontuário e sobre alguns fatos que pude vivenciar no processo de investigação. Não pretendo realizar uma narrativa a respeito de episódios de vida de Gabriel, porque, como já mencionei, os dados são insuficientes para dar conta do que o campo de pesquisa vinha mostrando, apontando e exigindo como metodologia para trabalhar com a produção de vida apresentada pelos usuários. A pretensão é sublinhar como a dimensão do cuidado se relaciona

---

<sup>40</sup> Jean Genet (1910-1986), poeta, escritor, dramaturgo, homossexual declarado, foi considerado autor maldito pelas autoridades e pela burguesia francesa, sendo preso inúmeras vezes, por vários pequenos roubos e crimes. A partir dos anos 1970, até o fim da sua existência, engajou-se na defesa de trabalhadores imigrantes na França, assumiu a causa dos palestinos, envolveu-se com líderes de movimentos norte-americanos (Panteras Negras e Beatniks) e combateu as prisões. Entre 1947 e 1948, foi convidado pela Radiodifusão Francesa para participar de um dos seus programas, preparando um texto para ser lido, porém teve seu escrito e sua palavra rejeitada. Em 1949, o texto recusado é publicado em forma de livreto com o título “A Criança Criminosa”.

com determinadas vivências inseridas no circuito das drogas, mediante o cumprimento da lei, no qual o adolescente foi submetido.

Conheço a história de Gabriel desde que ele compareceu pela primeira vez ao CAPSi. Na época, em 2013, Gabriel estava com 13 anos. Devido à queixa da escola, dificuldade de concentração e dispersão para a realização de tarefas e, sobretudo, alterações comportamentais com histórico de agressividade e rebeldia, sua mãe decide procurar o conselho tutelar, que o encaminha ao CAPSi. No serviço de saúde mental, a mãe acrescenta episódios de dirigir-se para a rua quando contrariado, o envolvimento com “más companhias”, além das brigas constantes com o irmão mais velho, apesar de ter com ele uma boa relação. A mãe também relata que o pai de Gabriel morreu de câncer e acredita que o comportamento do filho mudou após o falecimento dele. Gabriel mora com a mãe e os três irmãos, sendo que um deles possui o diagnóstico de retardo mental (F.70), condição que também foi observada na genitora. Tal marca chama atenção, uma vez que Gabriel será determinado pelo mesmo signo de patologização e, posteriormente, pela insígnia de periculosidade. Após o acolhimento, o adolescente foi inserido no grupo avaliativo, onde tive a oportunidade de acompanhá-lo nesse processo. Gabriel mostrava-se nos encontros pouco comunicativo, mas realizava as atividades propostas. Possuía clareza de suas dificuldades, principalmente daquelas que se referiam às questões comportamentais. Nas atividades de interação com a mãe, Gabriel mostrava-se distante, os dois mantinham pouco contato afetivo, sinalizando uma fragilidade no vínculo familiar. A escola, então, encaminha vários relatórios ao CAPSi alegando déficit de aprendizagem e cognitivo do adolescente, além de brigas recorrentes com os alunos e enfrentamento com os professores. Durante o processo avaliativo, ficamos em dúvida sobre a demanda em saúde mental e solicitamos auxílio à médica psiquiátrica para avaliação do caso. A psiquiatra não fecha uma hipótese diagnóstica, mas argumenta sobre a importância do acompanhamento de Gabriel no serviço e tem como conduta a prescrição de um medicamento psicotrópico destinado ao controle de agressividade e ansiedade. Após idas e vindas com momentos de ausências no CAPSi, seguiu-se um período marcado por evasão e, posteriormente, abandono escolar do adolescente, assim como a permanência diária nas ruas, retornando à sua casa somente para dormir. Durante esse tempo, como observamos no prontuário, o CAPSi decide realizar ações intersetoriais, sendo notório o esforço empreendido juntamente com outros equipamentos (escola, conselho tutelar e Centro de Referência em Assistência Social – CRAS), de modo a produzir algum reposicionamento que pudesse alterar a situação vivenciada por Gabriel e sua família. Em relação ao CAPSi, houve a sugestão de alteração do PTS, com

aumento da frequência do adolescente no serviço, realização de visita domiciliar periódica, incentivo para que a mãe pudesse buscar alguma atividade de inserção profissional para o filho e discussão do caso com os diferentes pontos da rede, também conhecida como discussão em rede. Quanto à escola e ao conselho tutelar, os dois serviços atuaram juntos no sentido de refletir sobre o contexto de vulnerabilidade no qual se encontrava Gabriel, decidindo pela inclusão do adolescente na modalidade da educação de jovens e adultos. Já o CRAS, após detectar a fragilização dos laços afetivos, ficou responsável pelo acompanhamento da família, com a sensibilização do retorno de Gabriel à escola e ao tratamento no CAPSi, bem como o encaminhamento da genitora para atendimento psicológico na estratégia de saúde da família. Apesar das ações realizadas pelos serviços, verificamos, na prática, que tais intervenções buscavam apenas atender às necessidades mais imediatas e pontuais, até mesmo suprir as supostas carências afetivo-familiares, sem no entanto realizar uma análise aprofundada da dinâmica familiar ali estabelecida, na medida em que as demandas provenientes do caso indicavam uma proposta de cuidado que levasse em conta uma realidade social de pouco acesso a bens e serviços. Como as iniciativas não surtiram um efeito positivo, no ano de 2014 Gabriel evidencia vários episódios em situações ilícitas, tais como um suposto furto de câmera de segurança na escola, o roubo de um celular e furtos de mercadorias em supermercados. Além disso, sabe-se que, desde sua entrada no CAPSi, Gabriel encontrava-se envolvido em um trabalho numa bicicletaria próxima a sua casa, sendo que mais tarde descobriu-se que o local era ponto de consumo e venda de drogas. Em decorrência desses atos, o adolescente foi detido pela polícia, inaugurando sua primeira passagem na Unidade de Internação Provisória (UIP) da Fundação CASA. Após breve período na UIP, ele não comparece mais ao CAPSi e recebe alta por abandono. No final de 2016, o adolescente é recolhido no serviço de saúde mental. Na época, cumpre novamente medida de internação na Fundação CASA por tráfico, apesar de negar ter envolvimento direto com a venda de drogas. Na Fundação, queixa-se de insônia e vontade de usar substâncias ilícitas. Relata ter usado tabaco, maconha, cocaína e lança-perfume. No prontuário, consta que Gabriel estava namorando e que seria pai brevemente, pois a jovem estava grávida, com 5 meses de gestação. O prontuário expõe ainda algumas brigas de Gabriel na Fundação e sua ida para a UPA de Saúde Mental do município vizinho, onde estava sendo medicado em decorrência do comportamento inadequado na unidade e dos sintomas de abstinência por conta da falta do uso de drogas. No início do ano seguinte, em 2017, Gabriel deixa de frequentar o CAPSi e a equipe de saúde mental entra em contato telefônico com a Fundação CASA, que justifica as faltas devido ao risco de fuga, sendo uma fala constante do adolescente, além da indisciplina dentro dos grupos da unidade. Nada de novidade. Gabriel tem

o PTS suspenso temporariamente, mas logo retorna ao CAPSi porque em breve a medida socioeducativa de internação seria substituída pela liberdade assistida. Permanece frequentando o grupo Altos Papos por pouco tempo, até não comparecer mais ao serviço. Meses depois participei de uma visita domiciliar em sua casa, juntamente com uma das profissionais do CAPSi, para verificar o motivo de sua ausência. Ao chegarmos à residência, fomos atendidas pela mãe, que nos informou que Gabriel foi apreendido pela polícia, após cometer ato infracional de roubo, com simulacro de arma. Preocupada, a mãe disse que fazia apenas 1 mês que o adolescente tinha saído da Fundação CASA. Usando uma arma de brinquedo, Gabriel assaltou uma mulher e o namorado, conseguindo subtrair a quantia de R\$ 20,00, um celular e uma roupa de ginástica. Após o assalto, o adolescente foi detido em flagrante. No momento, Gabriel estava na delegacia aguardando a oitiva do juiz, mas tudo indicava que voltaria para a Fundação CASA, devido à infração cometida e por não estar cumprindo medida socioeducativa de liberdade assistida.

Em meados de 2017, Gabriel retorna ao serviço de saúde mental, onde tive a oportunidade de reencontrá-lo no grupo Altos Papos durante sua terceira internação na Fundação CASA.

### **3.3 A experiência do cuidado no grupo Altos Papos**

A sala era a de reunião. Sentamo-nos ao redor da mesa e a conversa ao pé de ouvido, os fones conectados nos celulares, os silêncios e os olhares já preenchiam o espaço. Como se sabe, o grupo era bastante homogêneo, composto por adolescentes em sua maioria oriundos de meio social pobre. Por vezes aparecia algum jovem que tinha histórico de vida nas ruas, outras vezes sua moradia restringia-se ao serviço de acolhimento institucional ou à Fundação CASA. E, ainda assim, em certas ocasiões, surgia um ou outro usuário cuja família possuía um pouco mais de recursos financeiros, situação que propiciava uma realidade que destoava da dos demais. Ainda sobre a descrição do grupo, era possível identificar o traço em comum com o uso de drogas. Em torno da maconha, do álcool, da cocaína, do tabaco, do crack e do lança-perfume, os jovens do Altos Papos se juntavam, se excluía, se conectavam e compartilhavam histórias. Nesse cenário, a droga variava de papel: em alguns casos os jovens a consumiam, e também tiravam dela seu sustento, em outros o uso não constituía uma atividade de renda, além do mais havia aquelas situações nas quais o consumo não era a questão mais imediata e urgente. No entremeio do grupo, era preciso dissolver o uso de drogas como ponto principal. Sem querer

banalizar o consumo das substâncias, ou desqualificar a dor daqueles que vivenciam a droga como seu principal sofrimento, observamos que os jovens necessitavam de alternativas mais eficazes, com possibilidade de vislumbrarem um projeto concreto para suas vidas. Entre a escuta e a exigência de uma resposta, a dinâmica do grupo consistia em fazer o adolescente falar sobre sua rotina diária como estratégia para verificar a frequência do uso. Mesmo com a minha presença, os participantes se mostravam descontraindo. A maioria dos adolescentes dizia a respeito da rotina ociosa, do abandono da escola e da vontade de trabalhar. Aliás, desde o primeiro dia, a questão do trabalho apresentada pelos participantes tensionava o formato do grupo, forçando os limites nos quais eles eram colocados. Para alguns, a marca da infração tornava difícil a relação com a escola, e ainda mais a possibilidade de conseguir o primeiro emprego. Estava claro que os adolescentes não queriam apenas ser escutados. Procuravam por um outro tipo de cuidado que ultrapassasse os muros do CAPSi.

Logo que adentrei o grupo percebi a presença de Gabriel. Ele estava com o olhar perdido e o semblante sonolento. Uma das profissionais que conduzia a atividade indagou se ele estava fazendo uso de medicamentos, já que não havia sido atendido pelo psiquiatra do CAPSi após seu retorno à Fundação CASA. O adolescente confirmou o uso de remédios, além de ressaltar que estava sendo medicado pela UPA de Saúde Mental, localizada em outra cidade. Noutra situação, Gabriel trouxe como relato a sonolência excessiva ocasionada pelo uso de psicotrópicos, situação que fez com que o jovem permanecesse sonolento em boa parte da sua rotina na unidade de internação.

*“O adolescente continua com a voz mole, efeito dos medicamentos psiquiátricos. Disse que toma 4 medicamentos por dia, diazepam, fluoxetina..., mas não soube dizer ao certo os nomes. Em relação à escola que frequenta dentro da Fundação, comenta que passa boa parte do tempo dormindo (fala sorrindo). Disse que, quando chegou na Fundação, há 4 meses e 11 dias, não conseguia dormir. Também estava muito agressivo com os adolescentes. Falou que estava muito difícil permanecer na unidade. Não sabe quanto tempo irá ficar, pois depende da avaliação do MPC. Disse que na segunda vez que foi preso tinha a pretensão de ficar na rua e continuar no tráfego.”* (Diário de Campo, 04/09/2017).

Tendo em vista os eventos narrados até o momento, constata-se que parte da trajetória percorrida por Gabriel está atrelada à administração excessiva de medicamentos psiquiátricos, configurando-se numa estratégia de controle e contenção social. O caso de Gabriel, juntamente com a dinâmica de funcionamento da Fundação CASA, não constitui exceções, mas, ao

contrário, expõe desdobramentos importantes na esfera da justiça, pois revela, como já sabemos, que os espaços de privação de liberdade estão mais interessados em controlar e conter, tendo no uso disseminado de psicofármacos uma das estratégias preferencialmente utilizadas como resposta institucional às insurgências que os jovens provocam. Diante disso, é possível notar que Gabriel, segundo as informações do prontuário, iniciou tratamento medicamentoso, além do risco iminente de fuga, por ter comportamento inadequado dentro da Fundação e por ser usuário de drogas. Assim, é por estar nessa condição que o jovem foi submetido a transitar pelos serviços de saúde na busca de um tratamento medicamentoso, entrando em um circuito que o aprisiona.

Como percebemos através da trajetória de Gabriel, o percurso realizado por ele aponta para uma questão particularmente preocupante: se a UPA de saúde mental, localizada fora da área de residência dos internos da Fundação CASA, constitui-se como primeira escolha de consulta psiquiátrica, o CAPSi será acionado somente num segundo momento, semanas ou meses após a prescrição medicamentosa ter sido iniciada. Dessa maneira, podemos constatar que a preferência pela gestão de psicofármacos como recurso terapêutico privilegiado tem sido um considerável complicador no cuidado do jovem autor de ato infracional, uma vez que coloca em questão as intervenções psicossociais ofertadas pela pressão do pedido do tratamento médico. Esse processo se agudiza cada vez mais porque, a princípio, as consultas psiquiátricas não são agendadas durante o acolhimento, tornando inviável num primeiro momento a demanda por medicamentos na porta de entrada do CAPSi. Os trabalhadores do CAPSi, por sua vez, seguem orientações como se fossem técnicas sem qualquer implicação com uma transformação do modo de produzir cuidado dos ditos adolescentes infratores e, conseqüentemente, contribuem para o distanciamento entre os serviços. Assim sendo, acreditamos ser importante averiguar o que se passa na dinâmica de trabalho do CAPSi e suas conexões com outros equipamentos percorrido por esses jovens.

### **3.4 Embarço 2: Acolhida e oferta de trabalho no CAPSi**

Outra semana, outro grupo. Os jovens seguem a lógica de falar como foi a semana anterior. Dois adolescentes conversam entre si, brincam, riem e parece que não se importam com as falas dos outros integrantes. A conversa gira em torno de qual profissão gostariam de ter. Os jovens do grupo Altos Papos não conseguem falar a respeito. As colocações vão saindo desconexas. A maioria está fora da escola. Às vezes pontua alguma questão, tiro dúvidas, não

sou uma observadora passiva. Os adolescentes falam sobre o salário que almejam ganhar: 2 mil, 5 mil, 20 mil reais. Alguém ganha 20 mil reais?! Comentam que gostariam de ganhar dinheiro para fazer mais tatuagens. Todos os adolescentes que participavam do grupo naquele dia eram tatuados. Pergunto para Gabriel se ele não tem medo de andar com as tatuagens à mostra. Ele olha para mim e sorri, sabe sobre o que estou perguntando. Possui várias tatuagens espalhadas pelo corpo: irmãos Metralha, número 157 tatuado nos dedos das mãos, Cruzeiro do Sul, flor de lótus, símbolo do yin-yang e figura de palhaço. A que me chama mais atenção é a do número 157. Cada número tatuado em três dedos da mão direita. A tatuagem faz referência ao artigo 157 do Código Penal, que qualifica o assalto a mão armada, isto é, subtrair algo de alguém mediante ameaça ou agressão. A sua última infração. Ao longo da pesquisa, pude notar entre os jovens os diversos signos visuais tatuados em seus corpos, dentre os quais cruzeiros, caveiras, imagens de animais, além de inscrições relativas às mães e familiares. Como enfatiza Mallart (2014), os palhaços constituem uma das preferências dos adolescentes, sendo geralmente retratados com armas e sacos de dinheiro. Também o denominado Cruzeiro do Sul, em que a disposição de cinco pontinhos pretos (um no meio e quatro em volta) faz alusão a quatro ladrões que estão prestes a assassinar um policial. Já o símbolo do yin-yang tatuado no corpo faz referência ao indivíduo que é membro do PCC. Certa vez perguntei ao jovem Miguel sobre suas tatuagens: nome da irmã no punho, nas costas o nome da mãe, um diamante no pescoço, um terço no peito esquerdo e na perna uma carpa. Sobre essa última indaguei sobre sua associação com o crime (além de ser um símbolo de prosperidade e fertilidade, a carpa significa que existe a possibilidade de estar em ascensão no mundo do crime). Ele disse que não sabia, pois havia sido enganado pelo tatuador. Depois falou que queria fazer uma tatuagem de anjo em homenagem ao filho que gostaria de ter futuramente.

Força da juventude no seu brilho e resistência, a tatuagem é um registro do mapa do corpo. Porém, lidas do ponto de vista de sua fabricação moral, tais inscrições corpóreas são tomadas como marca registrada dos indivíduos que já se envolveram com o delito juvenil e que, portanto, ou são uma ameaça à sociedade ou são vítimas incapazes de protagonizar suas próprias histórias. Observamos o lugar-comum no qual permanecem fixados e paralisados os adolescentes com passagem pelo sistema socioeducativo. Enquanto sujeitos que infracionam e interrogam a cidade em seus valores morais, legais e jurídicos, não costumam ser reconhecidos como habitantes no mesmo mundo, tampouco pelos equipamentos que os acolhem e que acabam por promover a segregação, ou reforçar sua criminalização. Até no serviço de atenção psicossocial paira no ambiente de trabalho a resistência ao cuidado junto aos sujeitos em

conflito com a lei por uso abusivo de álcool e outras drogas, como podemos observar na conversa com as profissionais que conduzem o grupo Altos Papos.

“Isso está muito claro no discurso do restante da equipe, também na resistência da equipe em lidar com essa demanda (uso de drogas junto com ato infracional). Não é que nós somos responsáveis por essa demanda, não é isso. Mas é que tem uma resistência. Não acreditam que vai melhorar. Acho que muito de resiliência também com essa demanda. E, mesmo se fosse separado (uso de drogas e ato infracional), acho que com o ato infracional é até mais preconceito do que com o uso de drogas, porque os pacientes estão em outros grupos, tanto que aparece como queixa inicial o uso de substâncias. E aí eles falam: eu vou mandar para vocês porque tem droga no meio. A gente fala: calma, não é isso. Então o fato de já ter uso de drogas já é taxativo. Então muitas vezes porque no nosso grupo a maioria é envolvida no tráfico e aí eles querem colocar a pessoa lá que está em outro nível em outro patamar no meio desse grupo que é pesado. Entendeu? A pessoa fumou maconha e traz os conflitos dela, que é para trabalhar aqui no CAPSi. Isso aparece muito no Altos Papos, ele não está com o uso abusivo de drogas, mas ele está aqui simplesmente por alguma coisa que ele não se identifica no grupo. A gente tenta não deixar que isso aconteça.” (Terapeuta Ocupacional, Entrevista realizada em 27/09/2017).

Além das dificuldades de lidar com questões relacionadas aos usuários de drogas em cumprimento de medida socioeducativa, o esforço moral calcado na ideia da resiliência e, portanto, na capacidade de enfrentar as adversidades advindas dessa demanda é posto em destaque na cena do cotidiano do CAPSi. Como chama atenção, em outra passagem, a questão da demanda oriunda de determinados jovens é vivenciada por uma condição difícil de suportar, tal como presenciamos quando as profissionais relembrem a situação do jovem Miguel:

“(…) O serviço já ofereceu tudo o que tinha para oferecer?! No caso do Miguel, a gente já discutiu isso algumas vezes! Muitas. Não tanto pela questão da idade. Eu acho que a gente não tem mais o que oferecer para ele, por conta dessa demanda tão forte que ele está trazendo para a gente, não é uma questão só da idade, isso seria uma análise caso a caso”. (Terapeuta Ocupacional, Entrevista realizada em 27/09/2017).

Nesse caso, as equipes podem se ver exauridas com as atribuições de uma prática árdua, pelo inerente encontro com uma realidade que não é ditada apenas pelo uso das drogas, mas por contextos que trazem certas marcas recorrentes de um desamparo presente na trajetória dos jovens. Esses são os entraves que indicam a possibilidade da não adesão do usuário, ou do risco do encaminhamento institucionalizado que não faça sentido à real demanda anunciada, ou ainda, de instaurar-se no lugar da impotência na continuidade exigida nesse trabalho do cuidado de vidas.

A ligação entre infração e uso de drogas traz consigo a marca preponderante da delinquência, contudo, mais do que isso, a amarra entre ambas ocorre pela ausência ou pela fragilidade dos suportes socioinstitucionais e familiares, bem como pela situação de pobreza econômica, isto é, a partir de uma série de contingências, que quando entrelaçadas, podem levar a uma leitura estritamente normativa (patologizante e judicial) do autor de ato infracional. Seguindo essa forma de compreensão, assistimos claramente ao processo de acolhimento burocratizado, seguido por terapêuticas fragmentadas e descontextualizadas que resultam fundamentalmente no abandono do tratamento. Tais situações mantêm o CAPSi como espaço duro, local onde são depositados os jovens que já não encontram outras possibilidades de inserção social.

Enquanto “uma realidade mais delicada e mais difícil, menos visível a olho nu” (LISPECTOR, 1999b, p. 31), observamos que os adolescentes estabelecem um vínculo maior com o CAPSi do que com o CAPSad, pois no primeiro a demanda em saúde mental não está voltada estritamente para aqueles que fazem uso de substâncias. Neste caso, outros aspectos da vida dos jovens se aliam na busca pelo cuidado no serviço.

“Eles sabem que no serviço infantojuvenil tem outra demanda também. Não só voltado para o uso. Tudo bem criança e adolescente falar que está indo para o CAPSi. Mas eles, quando fazem 18 anos, são jogados no AD (CAPSad), é muito taxativo. Só para quem faz uso de substâncias. Aqui não. Ele está fora da escola, ele tem questões em casa, com regras e limites.” (Enfermeira, Entrevista realizada em 27/09/2017).

Porém, conforme comentado acima, por mais que o CAPSi ultrapasse a demanda do uso de drogas, as ofertas de atendimentos e tratamentos ainda não garantem formas de manejo mais eficazes, que permitam a abertura de um cuidado mais criativo. Por exemplo, o discurso das profissionais do CAPSi revela que as famílias geralmente defendem ideias de abstinência e de internação para lidar com o uso de drogas dos seus filhos, de tal modo que elas reconhecem, quando necessário, a quais equipamentos recorrer caso queiram afastá-los do contexto do uso no qual estão inseridos.

“Eles (a família) querem abstinência. Essa questão da abstinência, até por isso que para elas a internação é uma forma de tratamento de salvação, porque elas entendem que ficar internado é uma abstinência e que isso salva. É muito difícil a gente desconstruir aquilo que o próprio município bate na tecla que essa é uma proposta tal quase salvadora daquele que já está no buraco do buraco, mesmo porque tudo gira em torno da internação! Vamos internar, vamos internar. Vai lá no pronto-socorro e interna. Porque assim... tá na rua, é adolescente, tá incomodando aos olhos das pessoas. O município não está fazendo

nada, então a família já é comprometida, já não tem mais condição e se ele está na rua o que acontece? (...) É a dificuldade de entender a redução de danos.” (Assistente Social, Entrevista realizada em 20/06/2018).

Segundo as profissionais do CAPSi, mesmo que elas venham a entrar, por via dessa demanda, com a proposta de redução de danos, ao que parece as discussões produzidas no grupo de família ainda não têm se mostrado efetivas diante dessa problemática, uma vez que as famílias não percebem as semelhanças entre suas histórias e, menos ainda, não conseguem problematizar a situação coletivamente. Por vezes percebemos que o modelo mais solicitado de tratamento difere do usual, contudo, tal movimento de mudança no pensamento mostra-se estritamente solitário ou individual.

“A gente trabalha muito com redução de danos. A gente pensa na quantidade e até na droga de escolha. Eu converso (no grupo de família) mostrando um pouquinho. A resistência de aceitar que o filho está fazendo uso de uma substância que não é a maconha. O crack, então, nem pensar! Quando descobre da cocaína, por exemplo, chora muito, não se conforma. E muitas vezes eu sei que continuam usando e elas falam que não tá mais usando. Uma outra mãe, por exemplo, fala: pelo menos ele saiu e fumou. Clarice tinha isso mais claro, a maioria fala, nem a maconha! E não percebem que não vai parar mesmo com a maconha porque ele já parou a cocaína. Já parou, foi um ganho em termo de redução.” (Assistente Social, Entrevista realizada em 20/06/2018).

Esse movimento também pode ser percebido no grupo Altos Papos. Apesar da referência quanto à proposta de redução de danos, na prática foi observado que os encontros não evidenciavam tal abordagem, o que apontava para uma perspectiva moralista do cuidado em relação à população atendida.

“Eu vejo que a gente tem caminhado no sentido de fazerem eles (os adolescentes) refletirem sobre as consequências, as atitudes, sobre as escolhas que não dá para viver sem rotina, que não dá para viver fora de regra, não dá para viver fora de um contexto social. A família é um espelho importante, ele tem que estar dentro dessa família, ele não é um ser humano sozinho. Ele não resolve as coisas dele por si só.” (Terapeuta Ocupacional, Entrevista realizada em 27/09/2017).

No caso de Gabriel, vemos que, por mais que o uso de drogas não pudesse ser tomado como demanda inicial de saúde mental, outras formas de entrar no grupo puderam envolvê-lo, fazendo-se notar em situações igualmente relevantes e que apontavam para a fragilidade dos vínculos relacionais.

“Primeiro eu acho que é uma questão de ele ser rebaixado (atraso cognitivo). Eu acho que ele tem uma limitação cognitiva. Mas na minha opinião é uma questão sociofamiliar, você lembra que o Gabriel é um caso que evolui para a questão do álcool e da droga. Ele é um caso que não veio para a gente por conta do uso de drogas. O caso dele é que ele não ia para a escola, não seguia regras e limites, não respeitava a mãe e era agressivo. Eu não conseguia tirar um nada do cara. Aí ele veio a dar muito problema na escola. Aí ele não ia para escola. Aí começa a se envolver com aquele povo da bicicletaria e aí a gente tem a questão do tráfico de drogas.” (Terapeuta Ocupacional, Entrevista realizada em 27/09/2017).

Nota-se, pois, que a entrada de Gabriel no CAPSi ocorre por várias razões, não apenas via consumo de drogas. Embora houvesse a percepção das dificuldades envolvendo a situação sociofamiliar, somente a marca da degenerescência foi sublinhada na ocasião. Nesses termos, observa-se uma tendência de se pensar a demanda por cuidado em saúde pela perspectiva única do problema, com a permanência dos aspectos psicológicos e individuais, juntamente com a depreciação do contexto sociocultural e de outras pérolas que justifiquem que o adolescente seja atendido pelo CAPSi.

Neste percurso ziguezagueante, por meio dos encontros do grupo Altos Papos, encontramos a temática do trabalho como uma demanda importante, que aparece recorrentemente nas falas dos jovens usuários e nas conversas com as profissionais. Dentre as intervenções sinalizadas, os jovens são convocados a responder por sua não escolha de trabalho digno e honesto, e outras vezes são levados a pensar nos potenciais riscos aos quais são expostos, mesmo com ganho de dinheiro, quando estão inseridos nos contextos de vulnerabilidade social.

“A gente tenta abrir a leitura no seguinte sentido de perspectiva de novas esferas. A vida não se resume, você está dentro de uma boca gerenciando, você pode estudar, trabalhar, você pode construir uma família... ninguém vai falar para você que, se você trabalhar meio período, você vai ganhar a mesma coisa do que você estivesse na criminalidade, não vai! Porém, a situação e o leque de oportunidades que te abrem, na rua não vão te abrir. A gente traz essa perspectiva diferente de que ele é tachado ali e vai morrer. Muito porque a família já abriu mão, porque a sociedade diz isso mesmo. Mostrar para ele que ele tem sim potencial. A questão da saúde, mesmo se não dá para buscar uma abstinência, tem a redução de danos, esse comportamento de risco, de se expor menos.” (Terapeuta Ocupacional, Entrevista realizada em 27/09/2017).

Certa vez, durante uma atividade grupal, um adolescente que cumpria medida de LA, respondendo por um ato infracional relativo a tráfico, contou-nos que, no final de semana

anterior, fora trabalhar no mercado da cidade vendendo DVDs piratas, quando então chegou à guarda municipal, querendo apreender os produtos. Um grupo de homens que estava no local enfrentou corporalmente a guarda, impedindo que ela tomasse os DVDs. O jovem foi encaminhado para a delegacia, dando a entender que estava envolvido no confronto. Ao chegar ao local, assinou um papel em que não soube dizer o que estava escrito, porém deduziu que se tratava de um documento no qual era acusado de agressão. Seguido o recolhimento da sua assinatura, o jovem foi liberado. Após o relato, uma das profissionais o repreendeu, alegando que a venda dos produtos era uma atividade ilícita, dando a entender que sua conduta configurava uma infração, apesar de eu achar que a apreensão por parte dos agentes estatais ocorrera por conta da agressão. Olhei para ele e percebi que ele sabia de tudo aquilo. Enquanto a vida de pobreza segue, é preciso ter um trabalho para sobreviver. Num país mergulhado no cotidiano de uma assombrosa desigualdade social, basta circularmos pelas ruas e avenidas de qualquer cidade a fim de nos depararmos com pessoas comprando CDs e DVDs falsificados, sem qualquer receio de imposição da abordagem policial. No momento em que as experiências narradas pelos jovens são reconhecidas de modo pejorativo, precisamos ser mais atentos e exigentes conosco mesmos, de modo a não sermos condenatórios, mas cuidadosos, pois se sabe que tais sujeitos têm possibilidades reduzidas ou quase nenhuma para arranjar um emprego ou qualquer outra atividade no mercado formal. Especificamente no cotidiano dos adolescentes envolvidos com a infração e, sobretudo, para aqueles que incorporam concomitantemente o comércio varejista de drogas como inserção ocupacional, é sob o eixo do trabalho e da geração de renda (VICENTIN; ASSIS; JÓIA, 2015) que as atividades tidas como ilícitas devem abarcar, por excelência, outros ângulos analíticos que possibilitem a abertura de espaços reflexivos e de intervenções coletivas capazes de pensar relações entre processos produtivos, políticos, econômicos, sociais, de forma que isso dialogue com os interesses dos adolescentes. Discutir a dimensão do trabalho, através das ações do autor de ato infracional, significa produzir cuidado, ainda que tais atos sejam considerados condenáveis ou, justamente por serem assim, sejam colocados numa posição marginal. Para que os atos infracionais, inclusive o tráfico de drogas, não se afirmem apenas como uma forma degradada e criminalizante de trabalho em meio ao alto desemprego e ao enfraquecimento das políticas sociais do Estado, será necessário que ampliemos as conexões, bem como as inter-relações com outras instâncias institucionais, pois o cuidado deve ser operado dentro-fora do CAPSi, não podendo ficar à espreita do serviço de saúde mental. Afinal, a questão das demandas psicossociais afeta a todos os outros jovens e não apenas àqueles no cumprimento de medidas socioeducativas.

### 3.5 Embarço 3: Articulação em rede intersectorial

Dada a complexidade das demandas psicossociais e as dificuldades na construção do cuidado, percebemos um movimento contraditório de proteção e exclusão entre os serviços, revelando desafios que vêm se mostrando extensíveis a outros setores, não somente à saúde, quando falamos de jovens autores de ato infracional. Como mais uma perspectiva que perpassa as diferentes políticas públicas, a adesão ao tratamento é um tema central que atravessa o CAPSi e permite, assim, colocar em análise as estratégias de cuidado que estão sendo produzidas. Apesar da frequência efetiva dos adolescentes nos serviços de saúde mental, Vicentin e Gramkow (2010) nos mostram como as diversas distâncias contribuem significativamente para a dificuldade de adesão ao tratamento. Para tanto, as autoras reconhecem a relação entre a distância na oferta dos serviços, que vêm sendo percebidos como não acolhedores, a lacuna advinda da diferença cultural e da faixa etária entre profissionais e adolescentes e, por fim, a distância enquanto fragilidade na articulação intersectorial com os demais setores envolvidos no cuidado da população juvenil. Como efeito, tais impasses podem dificultar o processo de reconhecimento dos serviços de saúde, principalmente pelos usuários adolescentes, produzindo a escassez pela procura, uma vez que os espaços não são identificados e nem ao menos percebidos como locais que ofereçam relações de confiança, cuidado e apoio. Certamente, como nos alertam Vicentin e Gramkow (2010), para os segmentos juvenis oriundos de contextos sociais mais estigmatizados, como no caso dos jovens autores de ato infracional, a distância tem sido historicamente marcada, sobretudo, pela aproximação ao modelo de instituição total, ainda hoje presente nos estabelecimentos que utilizam a lógica da internação, como nos locais de cumprimento de medidas socioeducativas e nas comunidades terapêuticas, onde o cuidado se configura dentro dos espaços fechados, mesmo com a oficialização e efetivação de alternativas extramuros.

De todo modo, para uma proposta de cuidado ampliado e territorializado, endossamos a relevância da intersectorialidade tomada como princípio fundamental, indicada pela máxima da Reforma Psiquiátrica Brasileira, do ECA e do própria PNAISARI. Nesse quesito, a intersectorialidade é parte indissociável da construção de uma direção comum entre profissionais e serviços, de modo que atuem de forma conjunta e compartilhada, gestando responsabilidades, desafios e dificuldades. Entretanto, identificá-la como componente indispensável no cuidado de quaisquer sujeitos e, no caso específico, dos jovens autores de ato infracional, não é o bastante para que haja articulação na rede. Constatamos que, no cotidiano do CAPSi, embora haja consenso sobre a importância das práticas intersectoriais, necessárias para o enfrentamento

de situações intensas e desgastantes, tanto os trabalhadores quanto os outros setores estão pouco disponíveis, não sendo capazes de operar de modo articulado no território. Frente à ausência de uma rede efetiva e real, operada pela lógica intersectorial, pela política de saúde mental infantojuvenil e pelas práticas de atenção psicossocial, o cuidado engendrado no CAPSi torna-se enfraquecido pela mentalidade de procedimentos emanados de dentro do serviço. Dos casos referentes aos autores de ato infracional, verificamos que as atividades cotidianas se restringem a uma modalidade de clínica considerada rotineira e repetitiva, cujo principal atendimento ofertado ocorre no interior do CAPSi. A necessidade de expandir as ofertas de cuidado para outros setores da rede pode ser observada na fala de uma das profissionais.

“O lazer... fazer alguma atividade fora, avisar antes, fazer um café lá no Sedes (espaço de lazer). Fazer alguma dinâmica, o psicólogo junto com a gente lá no grupo, trazer alguém para falar para eles. Sinto muita falta. Eu não consigo (...) eu não desempenho esse papel e não conseguiria hoje com uma agenda que eu tenho... É uma das frustrações”. (Assistente Social, Entrevista realizada em 20/06/2018).

Sem sair das fronteiras do CAPSi, o cuidado que emerge no serviço aparece como um recurso, entre outros, com a adoção de práticas ditas terapêuticas, que convergem para dentro do grupo. Embora ocorra o contato com outros serviços, percebemos em geral que o cuidado organizado em relação aos jovens infratores se limita a dois setores específicos: a saúde mental e a justiça, eliminando quaisquer pactuações que deveriam ser acordadas por outras instâncias necessárias do Sistema de Garantia de Direitos (SGD). De fato, conforme evidenciamos no grupo Altos Papos, quando o jovem que chega ao CAPSi é enviado pela justiça, ocorre o contato entre ambos os setores, mas a articulação entre eles falha, já que não é efetiva a ponto de acompanhá-lo durante e após o processo de cumprimento da medida. Vejamos a fragilidade dessa articulação com a justiça, na qual a dimensão do cuidado ficou devidamente comprometida. Como um dos exemplos observados em nosso processo de pesquisa, podemos citar a situação de um jovem que presenciamos no grupo Altos Papos. Trata-se de um adolescente de 17 anos inserido no CAPSi, encaminhado pela UBS via Defensoria Pública, por ser usuário de cocaína, tabaco e lança-perfume. Na época referia estar abstinente, mas com grande dificuldade para conter a fissura. Apresentava dificuldade para dormir, sinais de ansiedade como tiques nervosos, crises de choro, ideação suicida, além de significativo isolamento social na tentativa de parar com o consumo de drogas. A internação voluntária foi indicada pela Defensoria Pública e, caso o serviço de saúde mental entendesse como terapêutica adequada, deveria providenciar a medida. Importante destacar que o acolhimento pelo CAPSi ocorreu em companhia de uma das profissionais do programa de medida socioeducativa de

meio aberto, pois na ocasião o jovem cumpria liberdade assistida por conta do tráfico. Temendo não conseguir deixar o uso, buscava somente a internação, mas a profissional da LA o convenceu a procurar ajuda no serviço de saúde mental infantojuvenil. Durante os atendimentos iniciais no CAPSi, ele confirmou o consumo de drogas em grande quantidade. Na época morava em uma casa com os pais, junto com sua irmã, seu irmão mais novo e o cunhado. Apenas os dois últimos trabalhavam. Possuía um irmão mais velho que estava desaparecido. A dinâmica familiar mostrava-se fragilizada, com brigas frequentes entre a mãe e os irmãos. De acordo com o relato do jovem, a genitora havia sido internada em hospital psiquiátrico, porém no momento estava sem tratamento. Apesar de não frequentar a escola havia quatro anos, afirmou que tinha sido um bom aluno. O jovem começou a usar drogas aos quatorze e dois anos depois se envolveu no tráfico. A mãe acabou descobrindo, após o alerta dos vizinhos, e no mesmo período iniciou sua vivência nas ruas. Posteriormente o jovem contou à equipe de saúde mental que pesavam sobre ele outras acusações, como tentativa de homicídio e roubo. Desde os primeiros contatos, comentou sobre o seu desconforto em participar do grupo devido à dificuldade em falar de si para as pessoas. Após brevíssimo período no processo avaliativo, mesmo demonstrando receio de se expor, a equipe decide inseri-lo no grupo Altos Papos. Nesse intervalo, os profissionais de saúde mental iniciam o contato com o programa de medida socioeducativa, a fim de agendar uma reunião para compartilhar informações sobre o caso, porém os técnicos do serviço socioeducativo não comparecem. Ao longo dos encontros grupais, o jovem começa a se expor, mesmo que timidamente, falando sobre seus conflitos familiares, principalmente com o pai, que recentemente o havia colocado para fora de casa, bem como a vontade de retornar ao trabalho e aos estudos. Nesse entretempo, segue cumprindo a LA. Durante o período corrente, tive a oportunidade de realizar a segunda visita institucional no programa de medida socioeducativa. Em meio à conversa, uma das profissionais do programa sugeriu que eu acompanhasse o jovem inserido recentemente no CAPSi. Ela também confirmou que ele possuía dificuldades no atendimento em grupo, pois tinha vergonha de expor sua vida para outras pessoas. Ao final, relatou que os adolescentes eram extremamente cobrados pela família e pela sociedade e que eles, em sua maioria, tinham vontade de trabalhar. Posteriormente à minha visita, o jovem não retornou ao CAPSi. Após um mês de ausência, a equipe de saúde mental decide entrar em contato telefônico para verificar suas faltas, sendo informada de que o jovem se encontrava fora de casa há três dias. Após essa situação, não consegui mais obter notícias sobre ele.

A partir desse breve recorte de caso, é possível tecer algumas considerações sobre os possíveis processos que contribuíram para a interrupção do tratamento no CAPSi. O primeiro diz respeito à compreensão fragmentada do sujeito, na qual cada serviço separadamente se responsabiliza por determinadas condutas específicas, que envolvem o jovem. Quando o adolescente autor de ato infracional é acolhido pelo CAPSi, o seu direito à saúde é garantido, porém o serviço opera sobre uma determinada doença ou sintoma do sujeito, no caso a “patologia juvenil” mais premente. Nesta perspectiva, o CAPSi toma para si apenas a assistência ao sintoma e o cuidado se volta para dentro do serviço. Dito isso, a articulação intersetorial fica comprometida, sendo vista como algo exterior ao tratamento. Nesse sentido, mesmo que o CAPSi não consiga acompanhar o autor de ato infracional durante a permanência no espaço, é imprescindível iniciar a proposta do cuidado compartilhado entre os setores envolvidos, uma vez que a circularidade da trajetória infantojuvenil não se restringe a um único serviço. Segundo, de modo correlato, se o autor de ato infracional aporta pela via do sistema socioeducativo, a tendência é priorizar outra conduta do sujeito, ou seja, a infração cometida com a aplicação da medida socioeducativa a ser cumprida. Como se não bastasse, a tendência tem sido equivocadamente responsabilizar um ou outro setor, tornando muito difícil o jovem ser acolhido integralmente, evidenciando, assim, um claro processo de desassistência. Além do mais, para cuidar precisamos ouvir o que de fato os jovens nos querem dizer, ampliando deste modo um cuidado que seja efetivo, a fim de oferecermos o que realmente faz sentido para eles em suas vidas, pois garantir o direito à fala não implica necessariamente ser escutado.

No desenrolar da pesquisa, foi também possível perceber o contrário, quando o próprio campo da saúde mental é acionado, neste sentido será para o CAPSad ou para o CAPS II que o adolescente vai ser encaminhado. Nesse caso, o CAPS infantojuvenil utiliza como referência o critério da maioridade, mesmo contrariando a faixa etária atendida, que vai de zero a vinte e cinco anos.

“Mas o que eu percebo hoje é assim: fez 18 manda para o AD (CAPSad), fez 18 manda para o II (CAPS II). Mesmo a portaria garantindo que eles possam permanecer aqui. Por que, se ele fez 18, ele agora é um adulto e deixou de ser um adolescente?! Legalmente, né! Então essa é a minha forma de pensar, mas não é a da maior parte da equipe. Da maior parte da equipe é que, quando ele fez 18 anos, ele tem que respeitar o seguimento dos outros equipamentos.” (Enfermeira, Entrevista realizada em 27/09/2017).

Esse dado demonstra que o atendimento ao adolescente (autor de ato infracional ou não) se institucionaliza no interior do sistema de saúde mental, pois não há menção a outros setores aos quais ele possa ser encaminhado. Nota-se que a maioridade é um critério muito importante, que deveria ser problematizado e avaliado cuidadosamente pelas equipes, pois nem todos concordam sobre a alta dada ao jovem, sobretudo para aqueles que fazem uso de drogas, independentemente da faixa etária na qual ele se encontra. Novamente o usuário Miguel traz à cena mais essa contradição.

“Eu discordo que ele tenha 18 e a gente tem que mandar para lá (CAPSad). É uma posição pessoal minha. Não acredito que eles façam 18 e com isso têm que ser mandados para o Ad. Desde que a gente conhece o Miguel, do vínculo que ele tem com a gente, desde o tempo que ele vem com a gente ele não fica no Ad, ele já deixou isso claro! Por mais que ele tenha 18 anos, pode ter até 20, ok! Mas a gente ainda vai ter respaldo, sabe?! Se ele for para o Ad, a não ser que ele se remeta à coordenadora de lá como técnica (a coordenadora do CAPSad conhecia Miguel, pois também trabalhou no CAPSi), porque ele gosta dela, ele curte ela, se ela conseguir! Porque assusta, né?! Um adolescente sair daqui e ir para lá, são senhores que estão lá há muitos anos”. (Terapeuta Ocupacional, Entrevista realizada em 27/09/2017).

A aparente articulação intersetorial entre o CAPSi e o CAPSad expõe mais uma vez a fratura à qual o cuidado é submetido. A continuidade do tratamento concretiza-se graças a contatos prévios com profissionais já conhecidos, demonstrando que muitas vezes a única política efetiva é a das “boas relações”. Ainda no entorno dos serviços da rede de saúde, o CAPSi não conseguiu garantir a continuidade das ações intersetoriais envolvendo a Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAI) recém-inaugurada. A referida unidade faz parte de um conjunto de serviços e equipamentos propostos pelo programa do governo federal “Crack, é possível Vencer”, lançado em dezembro de 2011 pela ex-presidenta Dilma Rousseff, que tinha como intuito prevenir o uso e promover a atenção integral ao usuário de droga, bem como auxiliar estados e municípios a combater o avanço da droga no Brasil. As ações do programa eram organizadas em torno de três eixos temáticos: prevenção, que visa fortalecer fatores de proteção e reduzir os fatores de risco contra o uso de drogas; o cuidado, que tinha como objetivo ampliar as redes de atenção à saúde e de assistência social para o atendimento aos usuários de drogas e seus familiares; e o eixo autoridade, que tratava da redução da oferta de drogas ilícitas, tanto no âmbito nacional quanto a nível local. O programa envolvia a participação dos Ministérios da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Educação e da Secretaria de Direitos Humanos, além de vários grupos sociais, tendo como característica

a interdisciplinaridade entre os setores. No caso específico, a UAI tinha como objetivo oferecer acolhimento transitório às crianças e adolescentes de ambos os sexos, de 10 a 18 anos de idade, em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas, referenciado pelo CAPSi ou por serviços de atenção básica de forma compartilhada. Observando as orientações do ECA, a UAI deve garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social para as crianças e adolescentes no período de até 6 meses, sendo que a permanência no serviço (como já mencionado) é de caráter voluntário. Em nossa experiência de pesquisa, foi possível verificar que uma das estratégias criadas entre as equipes do CAPSi e da UAI foi garantir a presença do psicólogo da unidade no grupo Altos Papos, com a tentativa de compartilhamento dos possíveis casos em comum. Nessas situações específicas, devido à quantidade de profissionais conduzindo o grupo, eu preferia não participar da atividade. Embora tenha havido o esforço entre ambos os serviços, a tentativa de aproximação com os usuários foi infrutífera, já que, após sete meses de funcionamento, com pouca inserção e adesão dos adolescentes, a unidade foi desmontada. Esse dado demonstra que a implantação de serviços especializados não é suficiente para que os preceitos intersetoriais aconteçam. As políticas oficiais instituídas devem orientar a direção do trabalho e dar condições estruturais para que os equipamentos possam funcionar, além disso é necessário que os serviços tenham a real clareza das ações a serem implementadas e sigam alinhados a um plano comum, para que não sejam apenas instâncias temporárias de um governo ou gestão.

De modo geral, em relação às negociações do CAPSi com a atenção básica, a referência aos serviços aparece no estilo protocolo burocrático, seja por meio do matriciamento na discussão de casos com as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), seja via encaminhamento para as UBS, remetendo os usuários que receberam alta, ou aqueles que não possuem demanda específica em saúde mental, para o atendimento ambulatorial. Na ocasião da pesquisa, o matriciamento não estava sendo realizado pela falta de carro no serviço. Ao que parece, apesar do compartilhamento das situações, na prática, as ações desenvolvidas precisam ser ampliadas e fortalecidas, de forma que se construam coletivamente outras estratégias de cuidado que não se limitem ao ato de encaminhar e/ou discutir o caso específico. Por exemplo, uma estratégia utilizada em anos anteriores foi a chamada “reunião em rede”, que consistia em ações interequipamentos, com a presença dos representantes de diversas instâncias, que se encontravam para a discussão de casos, bem como planejamento, acompanhamento e avaliação de ações desencadeadas a partir das demandas do território. A reunião em rede foi lembrada

por uma profissional de saúde, que relata que atualmente os encontros ocorrem dentro dos próprios conselhos municipais.

“Aquela reunião de rede se torna nos conselhos municipais. Eu tenho o COMAD (Conselho Municipal Antidrogas), eu tenho o CMDCA (Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente), o CMAS (Conselho Municipal de Assistência Social), reunião de escolas. Então assim hoje aquela reunião em rede nossa que acontecia, hoje virou nos conselhos”. (Terapeuta Ocupacional, Entrevista realizada em 27/09/2017).

Como se observa, a proposta não é confundir as instâncias deliberativas, cuja função se destina ao controle das políticas públicas municipais, com a proposta da articulação intersetorial, mas, sim, apostar em espaços coletivos que possam contribuir para a construção do cuidado compartilhado em suas diferentes nuances em torno da intersetorialidade. A dificuldade sobre o entendimento das propostas de cada contexto pode resultar em pouca ou nenhuma efetividade a respeito das problemáticas cotidianas vivenciadas pelos usuários quanto pelos trabalhadores, levando à responsabilização exclusiva dos serviços envolvidos, assim como ao esvaziamento dos espaços de discussão.

A possibilidade de atender prontamente à demanda advinda do território amplia relações de confiança com os parceiros e abre portas para futuras articulações. Porém, mais do que isso, a intersetorialidade requer a potência do trabalho conjunto, com ofertas de variações de cuidado que extrapolem equipamentos isolados do sistema de saúde que tratam de problemas pontuais. Deixar o espaço do CAPSi e ir ao encontro dos jovens, ofertando não só o cuidado dentro do serviço, mas a possibilidade de experimentar algo a partir do que eles dizem e fazem, mostra-se como algo imprescindível ao atendimento junto aos usuários. Mas para isso o CAPSi precisa sustentar ações, retomando sua potência criativa enquanto um lugar possível, digno e condizente com o cuidado de crianças e jovens nas mais diferentes circunstâncias da vida.

#### 4. DO CUIDADO QUE ESCAPA E DE ONDE SE ENLAÇA

Meu erro, no entanto, devia ser o caminho de uma verdade: pois só quando erro é que saio do que conheço e do que entendo. Se a “verdade” fosse aquilo que posso entender - terminaria sendo apenas uma verdade pequena, do meu tamanho. A verdade tem que estar exatamente no que não poderei jamais compreender.

(LISPECTOR,1998, p.74-75).

Setembro de 2017. Nove meses após de ter iniciado a pesquisa no Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil tentava agendar, sem sucesso, a primeira entrevista com as profissionais que acompanhavam a trajetória de Miguel. O próprio adolescente já havia sinalizado as referidas profissionais como pessoas relevantes no transcurso do seu tratamento. Após algumas tentativas conseguimos encontrar um horário em comum. Infelizmente nessa primeira conversa gravada uma delas não compareceu por não trabalhar no dia e horário marcado. Importante notar que a entrevista fora agendada no início de setembro, mas somente realizada no final do mês. A conversa durou aproximadamente uma hora, tempo exato para que o próximo adolescente agendado chegasse no horário de ser atendido. A segunda conversa com o trio de profissionais ocorreu no ano posterior, em junho de 2018. Vale ressaltar que a estratégia de entrevistas segue a proposta delineada no início da pesquisa sobre ouvir as profissionais que trabalham no CAPSi e que estão envolvidas no cuidado com os jovens autores de ato infracional. Entretanto, na medida em que redijo essas linhas, surgem algumas indagações: por que me detive somente na escuta daquelas que acompanhavam tal segmento juvenil? Por que não entrevistei as trabalhadoras que estavam diretamente implicadas no cuidado de outros usuários? Sob essa perspectiva, é preciso pontuar alguns aspectos: se por um lado a análise pode parecer restrita, tomada num único nível, impossibilitando que outras dimensões do cuidado se façam presentes, por outro, ampliar a escuta me levava a um novo desafio que apontava para a disponibilidade de tempo, no qual a urgência que dominava a tudo e a todos, inclusive a mim, se tornava cada vez mais evidente, de modo que era difícil sustentar espaços de encontros que tivessem como propósito repensar as práticas produzidas. Diante desse quadro, pareceu-me importante perceber a dificuldade de ouvir novos interlocutores, apesar de ter a impressão que, em boa parte dos casos, o jovem autor de ato infracional ficava sob responsabilidade somente de uma parte da equipe, ou que, possivelmente, não havia o envolvimento de outros trabalhadores no cuidado desses usuários. Para tanto, como se fosse possível demarcar um único lugar onde devesse existir cuidado naquele momento, o modo de

funcionamento presentificado no CAPSi, favorecia processos de institucionalização de determinadas práticas que inviabilizavam transformações em torno de outras questões que afligiam os jovens. Neste sentido, tanto os serviços de saúde quanto os demais equipamentos em geral mostravam-se pouco envolvidos no compartilhamento dos recursos de cuidado, restringindo o CAPSi como espaço absoluto para resolução de problemas que atingiam os usuários. De fato, o CAPSi quando percebido como local exclusivo que absorve todas as demandas advindas das crianças e dos adolescentes acaba por circunscrever e determinar a todos, tornando-os corpos-objetos passíveis de cuidados. No caso do jovem autor de ato infracional, a própria condição da infração complexifica o contexto, pois a insígnia que o diferencia é a mesma que o exclui dos serviços. Dada as circunstâncias, cabe aqui um questionamento: a quais lugares que os jovens devem recorrer quando necessitam de cuidados? E sobre qual cuidado estamos falando?

A partir dessas questões, pretendo realizar um breve percurso sobre o processo de formação da política pública de saúde mental infantojuvenil, observando as modificações nos discursos e práticas dirigidos a crianças e adolescentes neste campo. Ao longo do texto, procurarei retomar as questões que atravessam as práticas do CAPSi, o modo do funcionamento no espaço, a relação de parte da equipe com o trabalho desenvolvido, por considerar que estes aspectos influenciam no cuidado ofertado no serviço. Além disso, pretendo retomar o desenvolvimento do conceito de cuidado articulando-o com a dimensão ética enquanto possibilidade de produção da vida, e não exclusivamente no cuidado pautado em normalização e controle dos riscos.

#### **4.1 Novos contornos para a saúde mental: revisitando o cuidado infantojuvenil**

Em relação ao campo da saúde mental da infância e da adolescência, a caracterização das práticas e saberes em torno do cuidado possui um percurso distinto daqueles dirigidos à população adulta, mesmo que os princípios e diretrizes advindos da Reforma Psiquiátrica sejam equivalentes. Tal configuração não teve o peso histórico e institucional, já que não foi aplicado com a mesma intensidade ao segmento infantojuvenil. (COUTO E DELGADO, 2015).

Tendo em vista o contexto brasileiro, é possível demarcar que o modelo de atenção à saúde mental infantojuvenil estruturou-se em dois momentos historicamente distintos: um mais circunscrito a uma função disciplinar e de controle baseada em um modelo com forte tendência à institucionalização, tendo como ponto de ancoragem o final do século XIX, e um outro, orientado pelo princípio da proteção integral, a partir do reconhecimento da criança e do

adolescente como sujeitos de direitos, que começou a ser delineado no final dos anos 70 com a redemocratização do país, na efervescência dos movimentos sociais e populares que culminou com a promulgação da Constituição em 1988.

Rastreando as práticas de cuidado, já no primeiro momento histórico as intervenções foram reduzidas ao conjunto de medidas calcadas na correção, normalização ou adaptação de comportamentos, já que as crianças e os adolescentes pobres vistos como “futuros cidadãos civilizados e produtivos” representavam “o futuro diferenciado para a nação brasileira” mediante a utilização de medidas higienistas e de inspiração normativo-jurídica, que expandiu o número de instituições fechadas, em sua maioria sob a tutela do campo filantrópico. (BRASIL, 2005). Ao analisar o percurso histórico voltado ao campo da saúde mental infantojuvenil, Couto e Delgado (2015) nos mostram que:

Os caminhos para o desenvolvimento de uma Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (SMCA) no Brasil só foram propostos no início do século XXI. Antes desse momento, o país não dispunha de formulações pelo setor da saúde mental que orientassem a construção de uma rede de cuidados para crianças e adolescentes com problemas mentais, ficando as ações assistenciais, quando existentes, circunscritas à agenda dos setores da assistência social e educação, com propostas mais reparadoras e disciplinares do que propriamente clínicas ou psicossociais. (p.19).

Todavia, os mesmos autores nos alertam que não se deve confundir a ausência das políticas públicas específicas no campo da saúde mental com o impedimento para que uma série de intervenções de caráter assistencial fossem tomadas pelo Estado, incidindo-as sobre crianças e adolescentes com problemas mentais. De fato, o discurso hegemônico entre o final do século XIX e durante o século XX sobre a assistência à criança e ao adolescente oficializava um modelo em curso no qual a infância, pobre e desvalida, tornava-se objeto de intervenção estatal. (RIZZINI, 2008). Em outras palavras, apenas para os menores abandonados ou delinquentes recomendava-se a internação para a correção e reintegração na ordem social vigente. À época, instituições totais como os reformatórios, internatos e educandários e outros locais semelhantes se tornaram presentes no tecido social brasileiro e assumiram a tutela dessa clientela. Inseridas nos circuitos dos estabelecimentos asilares, porém fora do sistema tradicional psiquiátrico, a infância sem família e a adolescência delinvente tiveram sua existência marcada pelo intenso processo de institucionalização, em sua maioria por meio de instituições de natureza privada e filantrópicas. Neste sentido, muitas crianças e jovens infratores ou abandonados provenientes das camadas populares tiveram como destino os estabelecimentos de internação, que se expandiram tendo como alvo privilegiado os pequenos delinquentes, a saber, os menores de idade pobres considerados perigosos. Endossando o direcionamento da assistência junto a

infância desvalida e pobre, o componente deficiente configurava um volumoso contingente populacional de crianças e adolescentes abrigados, não havendo distinção entre os considerados abandonados ou mesmo aqueles com transtornos mentais. (BRASIL, 2005; COUTO e DELGADO, 2015). Dentro desse processo, as crianças e os adolescentes entregues a esses estabelecimentos que não se desenvolviam dentro dos padrões esperados, não eram portadores de deficiência, mas também não tinham um desenvolvimento considerado normal foram transformados em objetos de exclusão reforçando ainda mais o quadro de abandono e de desassistência por parte dos setores responsáveis pelas políticas oficiais de proteção. Neste contexto, a psiquiatria se fará “defensora da ordem social, reclamando para si um poder ainda maior que o dos juristas e higienistas, pois demanda a gestão da anormalidade” (CAPONI, 2012b, p.540).

Exemplificando tais fatos históricos, Miriam Chnaiderman<sup>41</sup>, psicanalista e cineasta, traz à cena o documentário “Procura-se Janaína”, que tece a trajetória de uma menina negra, pobre e abandonada, entregue aos quatro meses de idade à unidade de triagem da Febem-SP no início dos anos 1980. Aparentemente, Janaína não portava nenhuma deficiência, porém não conseguia apresentar o mesmo desenvolvimento que as outras crianças. Sob o estigma da deficiência, Janaína foi mais uma, dentre tantas outras, que tiveram sua infância perdida no interior dos estabelecimentos asilares do país. Dito isso, devemos observar que, mesmo hoje, apesar dos avanços significativos dentro do âmbito da saúde mental em direção à desinstitucionalização com a garantia do cuidado em liberdade, ainda persistem as diferentes modalidades de internação que se estendem não apenas por trás dos muros manicomial, mas se expandem em diversas instituições que funcionam como uma extensão do manicômio, trazendo como consequência um intenso processo de cronificação e institucionalização dos sujeitos.

Já nos primeiros anos do século XXI observa-se um despertar da discussão sobre a questão do desenvolvimento de uma política de saúde mental visando a tomada de responsabilidade pelo tratamento e cuidado infantojuvenil, quando se propõe a superação da história anterior, “marcada pela desassistência e ausência de projetos públicos”. (COUTO e DELGADO, 2015, p. 37).

Neste processo abriu-se uma via para a implantação das primeiras diretrizes que se basearam na substituição dos leitos psiquiátricos (no caso da população adulta), por uma rede integrada de serviços de atenção à saúde mental, cujo ápice foi alcançado com a promulgação da Lei nº 10.216 no início de 2001 (BRASIL, 2001) e com a III Conferência Nacional de Saúde

---

<sup>41</sup> [Psicanalista enfoca abandono em documentário "Procura-se Janaína"](https://www1.folha.uol.com.br/folha/ilustrada/ult90u67995.shtml). In: Folha de São Paulo, 30 de janeiro de 2007. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/folha/ilustrada/ult90u67995.shtml>. Acesso em 17/10/2019.

Mental ao final deste mesmo ano, que fortaleceu os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Do ponto de vista da política oficial, a consolidação da RPB contribuiu para a potencialização dos direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico, ao mesmo tempo em que regulamentou os serviços e impôs limites as certas práticas de assistência efetuadas pelos profissionais com o aval do Estado. Contudo, é importante frisar que, embora as políticas instituídas consideradas necessárias confluíram para atingir objetivos fundamentais, a inclusão social, o respeito à autonomia e aos direitos humanos, há que se levar em conta a complexidade e a especificidade que envolve esse tipo de transformação, ou seja, será preciso pôr em questionamento as práticas de cuidado que são incorporadas no dia a dia institucional e quais delas se consolidam, pois resquícios do passado manicomial travestidos de psiquiatria científica estão na espreita, bem próximo do cotidiano dos serviços.

Importante ressaltar que na medida em que o modelo asilar entrou em declínio e ganhou lugar a constituição da rede territorializada e comunitária em saúde mental, emergiram as discursividades sobre os riscos e seus desdobramentos securitários. (CAPONI, 2012.) Deste modo, ideias como proteção e direito à saúde são colocadas como pretexto para o controle social de crianças e adolescentes.

Levando em consideração a questão da infância e da adolescência, convém lembrar que os princípios da RPB articulados com as proposições garantidas no ECA inauguraram um novo tempo para a saúde mental infantojuvenil, demarcado pela desmontagem do aparato de institucionalização e pelas recomendações fundamentais que corroboram com a noção de criança e adolescente como sujeito psíquico e de direitos, a base comunitária da atenção, o desenvolvimento do cuidado através do trabalho em rede e no território e o fundamento intersetorial da política e das ações de cuidado. (COUTO e DELGADO, 2015). Tendo como base a substituição dos manicômios, por meio da Portaria nº 336 (BRASIL, 2002), seguiu-se a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial. Dito isso, tratamos de uma primeira verificação importante no que se refere às funções do Centro de Atenção Psicossocial, mais especificamente do CAPSi. De acordo com a Portaria nº 336 trata-se, dentre outros pontos, de um serviço regulador da porta de entrada com a função de ordenador da rede em saúde mental para crianças e adolescentes em determinado território, além de acolher e gerenciar a toda demanda que chega; cabe-lhe também a função terapêutica, de tratamento e assistência direta junto daqueles que buscam cuidado diante da experiência de dor, angústia e sofrimento, e porque não dizer, esperança que assola a vida-trajetória dos sujeitos. Importante ressaltar que, dentro da perspectiva da política pública de saúde mental, a função terapêutica praticada no

CAPSi é movida pela lógica da atenção psicossocial marcada por diferentes orientações, que inclui a supressão da clínica tradicional definida como o domínio do privado e das experiências individuais de um sujeito, assim como a ênfase em intervenções pautadas no território. Endossando esse raciocínio, os serviços de saúde mental infantojuvenil, ao assumirem a função social que ultrapassa o fazer técnico do tratar, nomeiam outras ações tais como acolher, escutar atentamente, dar atenção, viabilizar autonomia e participação, de modo a produzir um campo de possibilidades levando em conta a rede de cuidados e a singularidade de cada usuário a partir da sua própria existência. (BRASIL, 2005). Neste sentido, o CAPSi para operar suas funções deve se conectar ao campo da saúde, mas não se reduzir a ele. Deve se articular com os setores, envolvendo a escola, a justiça, a assistência social, a cultura, entre outros, assim como as redes de apoio formais e informais, alinhando com o território e o tecido sociocultural e buscando outros modos de cuidado. Para tanto, o CAPSi, por intermédio dos seus trabalhadores, deve estar presente em situações nas quais os usuários são postos em cena, acompanhando através de suas ações as prioridades de quem precisa ser cuidado, assim como daqueles que não necessitam, devendo inclusive assumir num primeiro momento a responsabilidade pelo cuidado da população infantojuvenil. Caracterizado dessa forma, o CAPSi ganha um status de lócus estratégico no que concerne à ação concreta do cuidar, que deve ser ampliada no sentido de possibilitar o delineamento das suas funções: terapêutica e de ordenador da rede. Portanto, teremos no CAPSi dois mandatos específicos (clínico-político) que não devem se sobrepor, já que se entrecruzam na direção de um trabalho comum que atravessa outros setores (COUTO e DELGADO, 2016). Na realidade, o fato do CAPSi alçar uma posição estratégica na organização da rede territorial não garante uma transformação em torno do cuidado, pois é preciso reafirmar que, afim de que a função estratégica aconteça, será preciso ultrapassar aquilo que muitas vezes o próprio CAPSi pretende sustentar como sendo o lugar de referência ao tratamento e assistência no que se refere à saúde mental da população infantojuvenil. Sendo assim, para que outros pontos da rede possam assumir a responsabilidade pelo cuidado, o CAPSi, como parte do amplo processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, deve tomar para si a função de ordenador da rede, conforme consta nas propostas políticas (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005), mesmo que outras funções sejam estritamente imprescindíveis, pois cabe ao próprio equipamento iniciar a construção do mandato político no território onde estiver implantado, sem se apresentar distante e alheio às necessidades do público atendido. Nessa linha de pensamento, quando as crianças e os adolescentes recorrem ao serviço atravessadas pelas várias e intensas demandas de cuidado, o entendimento é que quando houver indicação para tratamento, ou mesmo quando não houver, o CAPSi deverá acolher a todo usuário que

chega, admitir aqueles que não apresentam condição de transferência para outros lugares, problematizar a demanda desconstruindo a crença de que todos devem ser tratados no campo da saúde e instaurar a lógica do encaminhamento implicado, isto é, o profissional responsável pelo encaminhamento deve se incluir no processo e responsabilizar-se pelo endereçamento da demanda, acompanhando o usuário até o seu novo destino. Mesmo que ocorra a inclusão dos usuários em outros locais, o trabalhador do CAPSi tem como função disponibilizar e colaborar com as situações que envolvem os casos, de modo a compartilhar saberes e informações sustentando a proposta do cuidado compartilhado. (BRASIL, 2005).

Nesse caminhar, no qual os equipamentos substitutivos estão incluídos, será preciso se atentar aos inúmeros desafios que circundam o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Partindo das soluções políticas ampliadas através das mudanças das leis, com a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos pela instauração de uma rede de atenção psicossocial com condições efetivas de mudança na vidas dos sujeitos, estamos nesses tempos diante uma realidade que já se agravou, e que nos próximos anos se encaminha para o desmonte do SUS, que permanece sendo atacado diariamente pelas forças do retrocesso. Já na última década podemos identificar o reordenamento do desenho das políticas públicas, reservando à saúde mental a condição prévia para a sua desqualificação em relação ao tratamento dos usuários em sofrimento psíquico. Chamamos a atenção especialmente para a portaria nº. 3.088 (BRASIL, 2011), instituída pelo Ministério da Saúde e que fundamentou a RAPS. Tal portaria teve como proposta a implantação de uma série de serviços que fortaleceram o contexto da reforma psiquiátrica, além de potencializar o princípio da articulação intersetorial entre os equipamentos mediante a institucionalização de uma lógica em rede constituída no território. Apesar do avanço para a política da saúde mental, essa portaria significou o ressoar da derrocada da RPB ao incluir as Comunidades Terapêuticas no rol de serviços para o tratamento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A respeito disso, presenciamos a implantação de diversas dessas comunidades, muitas delas financiadas com verbas públicas, tensionando um modelo de tratamento de privação de liberdade que fragiliza a proposta do cuidado em liberdade por meio dos serviços substitutivos, como os CAPS. Dentro desse contexto, também observamos com mais veemência a proposta de parcerias público-privadas com ONGs, entidades filantrópicas, organizações sociais e fundações, tendo consequências visíveis para o campo de atenção psicossocial e, principalmente, nos serviços com base territorial que priorizam a saúde das pessoas sem retirá-las do ambiente no qual vivem. Dentre tantas consequências encontradas destaco apenas uma, que reflete a atual

realidade desse reordenamento político institucional. Durante o percurso da pesquisa pudemos constatar o que ocorre, por exemplo, quando é realizado um convênio com uma dessas entidades. Tomamos como exemplo o CAPSi investigado. Apesar da gestão municipal ser a responsável pelo seu gerenciamento, coube a uma cooperativa especializada em saúde contratar alguns profissionais por categoria multiprofissional com um salário bastante inferior aos demais servidores públicos. Nesse sentido, conviviam no mesmo espaço trabalhadores do setor público e prestadores de serviço que, apesar de dividirem o trabalho entre si e exercerem uma atuação semelhante, demonstravam uma flagrante contradição quando comparados os níveis salariais e as garantias de direitos trabalhistas. Esse modelo de gestão, que não se restringe ao campo da saúde (lembramos da gestão compartilhada da Fundação CASA), revela os efeitos perversos das políticas neoliberais vigentes, amplamente investidas mediante a reestruturação gerencial dos equipamentos públicos que reforça a difusão de uma agenda privatizadora. A parceria público-privada tende a acirrar a precarização do trabalho nas equipes, que aos poucos vão perdendo a capacidade de discutir sobre o modo de organização do seu fazer, de participar de decisões importantes que influenciam na relação do cuidado com o usuário, além de sofrerem com a alta rotatividade de recursos humanos, tendo em vista que os profissionais costumam buscar outros empregos que venham a proporcionar melhores condições de trabalho-vida. No caso específico do prestador de serviço, a situação se torna ainda mais agravante pois, como forma de garantir seu sustento, submete-se a quaisquer arranjos e, por não possuir voz ativa, não consegue minimamente participar, o que reduz a chance de alterar esse processo.

Após 2011, o desmonte do modelo de atenção psicossocial ganhou velocidade, sendo que no ano de 2017 foi estabelecida a portaria ministerial nº. 3.588 (BRASIL, 2017) que, apesar de estimular a criação de novas vagas de internação nos hospitais gerais, contrariava o que vinha sendo feito nas últimas décadas, principalmente em relação a lei nº 10.216/2001, pois a portaria citada garantia a manutenção e incentivava o aumento dos leitos em hospitais psiquiátricos, além de aumentar as verbas destinadas as Comunidades Terapêuticas e as diárias pagas aos mesmos hospitais. Nessa circunstância, os hospitais psiquiátricos que continuaram existindo, já que nunca vivenciamos a radicalidade da Reforma Psiquiátrica com o fechamento dos manicômios como ocorreu na experiência italiana, são inseridos como parte integrante da RAPS, porém sem aprovação das demais instâncias deliberativas de participação social como o Conselho Nacional de Saúde, assim como dos movimentos sociais que fazem parte da Luta Antimanicomial.

Seguindo alguns anos adiante, o Ministério da Saúde lançou a Nota Técnica nº 11/2019 (BRASIL, 2019a), intitulada como “nova” Política Nacional de Saúde Mental, que após ampla repercussão com inúmeras monções de repúdio provenientes dos diversos movimentos sociais e conselhos profissionais foi retirada do site do ministério. Porém, como já assinalado anteriormente, a nota em questão reatualiza o modelo assistencial psiquiátrico em curso, enfatizando marcas manicomialis que insistem em existir quando não incentiva mais o fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos e nem mais considera nenhum serviço como substitutivo de outro, equiparando o modelo de atenção psicossocial com uma lógica com características asilares. De maneira simples e direta, dentre as medidas adotadas, a nota anuncia o financiamento de equipamentos de eletroconvulsoterapia (ECT) para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e que se mostram resistentes as abordagens terapêuticas habituais. Ademais, apregoa a implantação das unidades ambulatoriais especializadas e o fortalecimento dos serviços já existentes, num amplo processo de descentralização dos equipamentos substitutivos. A atual política de saúde mental mostra-se em consonância com uma modalidade de psiquiatria que, dentro de uma pretensa visão técnico-científica, pretende mudar a lógica de porta de entrada dos serviços, inclusive propondo o acesso aos usuários, iniciando prioritariamente pelos ambulatorios, em seguida pelos CAPS e, se necessário, pelo internamento integral breve<sup>42</sup>. Apenas uma ressalva: a nota pressupõe a implantação dos CAPSad IV para o tratamento de pessoas com quadro de dependência de drogas relacionadas ao consumo de crack, álcool e outras drogas, incluindo o público adulto, crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente, no qual o atendimento dos últimos deverá se adequar ao ECA. Apesar de não deixar claro o modo de funcionamento do CAPSad IV, o documento prevê assistência às pessoas especialmente nas regiões das chamadas cracolândias. Nas medidas ainda constam a criação dos CAPS em áreas indígenas e alterações no funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos que, além de acolher os moradores oriundos de internações psiquiátricas prolongadas, estende a proposta de moradia para pacientes com transtornos mentais graves, população de rua e egressos de unidades prisionais comuns (BRASIL, 2019a), numa total descaracterização da residência.

Essa mudança de diretrizes na política de saúde mental torna-se tão quanto perversa quando faz menção ao público infantojuvenil. Apesar de enfatizar a máxima “o melhor interesse do paciente deve sempre prevalecer” (BRASIL, 2019a, p.24), a nota distorce o significado da expressão, ao incluir o tratamento de crianças e jovens nas unidades de internação psiquiátrica,

---

<sup>42</sup> Para mais informações, ver [https://psiquiatria-pr.org.br/news-appsiq\\_det.php?blog=7508](https://psiquiatria-pr.org.br/news-appsiq_det.php?blog=7508).

além disso dá margens a interpretações amplas quando torna possível que a internação ocorra nos mesmos locais destinados aos adultos. Nesse caso exceções podem ocorrer, mas correm o risco de se tornarem regra. A estratégia da internação psiquiátrica de crianças e jovens responde, portanto, a uma série de legitimações, que vão desde o interesse de grupos políticos com viés ideológico autoritário e conservador, donos de hospitais psiquiátricos e clínicas particulares submetidos a lógica de lucro em saúde, passando por profissionais que defendem o retorno do modelo biomédico centrado na psiquiatria asilar, como também pelo pensamento retrógrado difundido por boa parte da sociedade que, ao ser exposta aos riscos que a referida população possa sofrer, diante da insuficiência de recursos ou de respostas às suas necessidades acatam o argumento da internação. Embora o início de 2019 tenha sido marcado por mudanças advindas no campo da saúde mental, como a possibilidade da internação psiquiátrica de crianças e adolescentes em unidades hospitalares sob o regime fechado, pudemos vivenciar, mesmo que pontualmente, situação semelhante antes mesmo que a nota técnica tivesse sido oficializada. Sob esse aspecto é importante ressaltar que, caso a proposta de tratamento aconteça em espaços fechados e isolados, temos a materialização da função asilar que tem como efeito a segregação dos usuários e a dificuldade de garantir o cuidado em liberdade e territorializado. Assim, em meados de 2017, enquanto orientadora de estágio na disciplina de Psicologia Jurídica em uma faculdade particular, deparei-me juntamente com os alunos com o destino de um adolescente oriundo da Fundação CASA que, por demandar atendimento em saúde mental, fora encaminhado para um dos hospitais psiquiátricos da cidade. Na época o objetivo do estágio era o acompanhamento psicossocial dos adolescentes e suas famílias provenientes da Delegacia da Infância e da Juventude quando, porventura, chegou ao nosso conhecimento a situação de um jovem que cumpria medida socioeducativa em meio fechado, onde o recurso terapêutico indicado era o da própria internação em leito psiquiátrico. Em ambos os casos podemos identificar o aparato da internação, de dentro e fora da prisão, como artifício impulsionador do encarceramento de jovens pobres autores de ato infracional historicamente marcados, não por acaso, pelo mesmo modelo segregacionista e excludente, daqueles dos quais se pretendem “tratar”, “recuperar” ou “excluir”. Localizada no interior do estado, a unidade hospitalar em questão era referência no atendimento de pessoas com transtornos mentais, bem como de usuários de drogas, tendo seus serviços financiados por recursos do SUS e custeados por meio de convênios de planos de saúde e/ou verbas particulares. Com um público majoritariamente composto por adultos, era vedada a permanência do adolescente nas alas de abrigamento dos internos maiores de idade, e mesmo a convivência em atividades recreativas ou terapêuticas em ambientes comuns aos deles. Nesses moldes, o modelo de tratamento indicado em saúde mental

era circunscrito a determinados espaços dentro do hospital e, como forma de precaver as fugas, foi designada a presença de um agente socioeducativo para resguardar a segurança do jovem. Já tendo recebido alta médica e fora dos muros do hospital, os estagiários tiveram a oportunidade de atendê-lo, assim como a sua mãe, contudo tal encontro ocorreu apenas uma única vez. A conduta adotada para garantir o acesso a saúde no âmbito territorial foi enviá-lo para o ambulatório de saúde mental infantojuvenil. A escolha por esse e não por outro serviço se justifica pelo fato que a família já era acompanhada no equipamento citado. Após mediarmos o encaminhamento para o local, nos colocamos a disposição afim de auxiliar a equipe na discussão do caso, e solicitamos ao conselho tutelar que averiguasse a recorrência das prováveis internações psiquiátricas envolvendo adolescentes, sobretudo, aqueles que estivessem cumprindo medida socioeducativa de internação na Fundação CASA.

Reconhecemos desde logo que o tratamento pautado na internação manicomial fere os mecanismos legais de garantia de direitos preconizados pelo ECA, sobretudo no que se refere à Doutrina de Proteção Integral, embora a internação seja uma das modalidades de tratamento de assistência psiquiátrica e a mais excepcional delas. Estamos vendo agora ao vivo e em cores as figurações de um modelo de saúde mental travestido de um cuidado manicomial em decorrência de interesses neoliberais e do retrocesso autoritário que se agrava no país. Neste sentido, há de se reconhecer que, ao menos em certo ponto, as experiências das ideias advindas da Reforma Psiquiátrica Brasileira testemunham uma questão real no que tange a atual realidade quando comparadas ao modelo assistencial para crianças e adolescentes do século passado. A nova configuração da atenção psicossocial encontrou novos enquadres e, por meio deles, outros formatos e circuitos de institucionalização que historicamente fizeram e ainda fazem parte da gestão de uma determinada parcela de indesejáveis e perigosos, sendo possível dizer que os manicômios infantojuvenis continuam existindo através dos equipamentos de contenção e confinamento como as unidades de internação da Fundação CASA, em determinadas alas dos hospitais psiquiátricos, na Unidade Experimental de Saúde, nas Comunidades Terapêuticas e/ou clínicas particulares destinadas ao tratamento de usuários de drogas, mas também, por meio de outras engrenagens que modulam modos de subjetivação hegemônicos, no qual aprendemos e naturalizamos a pensar, agir e cuidar, como o sentimento de medo em relação a juventude pobre e negra.

## 4.2 O lugar do cuidado no CAPSi

Retomando uma questão discutida páginas atrás, antes de iniciarmos a proposta de ouvir as profissionais da equipe presenciamos uma situação cada vez mais evidente, tanto no Grupo Altos Papos quanto em outras atividades ofertadas no serviço, situação esta que se refere à dificuldade de adesão ao tratamento por parte dos adolescentes, pois como já sabemos a maioria vinha ao CAPSi em intervalos bastante irregulares. Observamos que nos locais onde há a presença de vidas-juvenis precisamos estar atentos sobre como tais vidas serão incluídas nos serviços, de modo que devemos nos conectar com as diferentes maneiras de ser e estar no mundo que não são homogêneas, nem tampouco estanques. Em outras palavras, o trabalho destinado ao segmento juvenil, sobretudo para aqueles imersos em contextos de intensa vulnerabilidade, coloca-nos em contato com certas particularidades que devem ser acolhidas justamente perante as realidades postas. Trago, por exemplo, a questão da itinerância de determinados grupos sociais. Certamente, se tomarmos o movimento de constante deslocamento, acolhendo o que é da especificidade de cada jovem autor de ato infracional e ao mesmo tempo percebendo como constituição subjetiva comum desse e de outros grupos, veremos que a questão da itinerância, por meio da inconstância no tratamento, exige que a equipe do CAPSi desconstrua modelos de cuidado herméticos e protocolares. De fato, o movimento de idas e vindas diz respeito não somente a um caso, mas a muitos outros, de modo que a experiência na pesquisa nos revela certa incompreensão por parte da equipe de elementos característicos na vida dos jovens usuários. Em relação a própria dinâmica de trabalho, observamos que a equipe possuía certa dificuldade em entender as várias situações destinadas ao seu fazer, já que em certa medida também estava desprovida de um espaço-tempo que a fizesse colocar em análise as próprias práticas produzidas. Desse modo, em meio à itinerância dos usuários, várias semanas poderiam se passar sem que as profissionais entrassem em contato para verificar a ausência dos jovens. Esse descaso, que eu atribuíra a princípio a um “não cuidado”, associado ao desinteresse dos adolescentes no tratamento, corresponde a um fato bastante comum no cotidiano institucional e que me foi dado a observar: a sobrecarga de trabalho por parte da equipe.

A questão da sobrecarga de trabalho não se circunscreve somente a este serviço, mas pode ser percebida, sobretudo, nos locais onde há uma enorme demanda por atendimento.

“Acho que se a gente tivesse a possibilidade de atendê-los mais vezes por semana. Tem a questão financeira, mas acho que isso não é a questão principal com esse público. A principal é que a gente não tem uma ligação de agenda de horário, a gente não consegue, tá com agenda totalmente tomada a gente tem grupos aqui três vezes ao dia. Seria bom se a gente pudesse acompanhar um encaminhamento de profissional. Sabe um dia da semana eu tenho muito isso assim parece meio utópico, mas eu tenho de a gente acompanhar os profissionais que a gente acompanha em curso profissionalizante para que eles (adolescentes) percebam que eu tenho força mesmo para sair, o serviço está me acolhendo em outras questões. Isso é tão claro que quando muitas vezes a gente aparece em visita, quando eles estão faltando, na hora que eles veem a gente no portão eles desacreditam que a gente foi atrás”. (Assistente Social, Entrevista realizada em 20/06/2018).

Paradoxalmente na medida em que o objetivo primordial é acolher todos os casos que chegam, o CAPSi funciona de portas abertas, mas às vezes como a única porta aberta. Não por acaso as profissionais se veem enredadas com suas agendas lotadas, preenchidas pela sobrecarga de trabalho, ao mesmo tempo em que precisam dar continuidade às atividades das quais já foram incumbidas. Nesse quadro, uma primeira questão pode ser evidenciada: ao que parece, o CAPSi tem sua imagem associada a um serviço de saúde mental especializado, tornando-se uma alternativa, senão a única, que oferta cuidado. Distanciado da sua formação original, tal modelo de atenção psicossocial mostra-se pouco eficaz, pois, apesar dos usuários serem atendidos, o cuidado torna-se pouco efetivo. Se por um lado existe a tentativa de buscar auxílio para o que acontece fora, por outro, este exemplo nos faz refletir que a ampliação do cuidado cabe cada vez menos na grade de atividades do serviço. Dito isso, em face do que foi considerado, ao invés de irem mais adiante e operarem num trabalho que sirva de substrato para a constituição de vidas-juvenis mais potentes, as profissionais se deparam com uma lógica de cuidado enfraquecida pela mentalidade de protocolos e procedimentos. Nessa situação existe até a percepção de que é preciso se aproximar de novas maneiras para compreender os jovens e interagir de forma criativa com eles, porém verificamos diariamente que as intervenções se mostram voltadas para dentro do serviço.

Desde então é possível perceber que o CAPSi se torna o lugar responsável pelo cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Embora haja outros equipamentos de saúde disponíveis, existe uma forte tendência em recorrer ao serviço de saúde mental o que, de certa forma, implica na chegada de mais usuários antes desassistidos, ou mal assistidos. Nesse mesmo movimento é colocada em questão a dinâmica de funcionamento do CAPSi e de outros serviços da rede, como por exemplo, a articulação com os equipamentos da atenção básica. Nesse caso, o trabalho real considerado isolado e restrito recai sobre as profissionais impedindo que outras

variações de cuidado ocorram. Dadas as circunstâncias as quais estão submetidas, as profissionais podem se sentir exauridas pelas complexidades de demandas que permeiam a vida dos usuários, e por não disporem de tempo para escutar os muitos casos atendidos. Ambas situações se mostram sobrepostas e presentes no dia a dia do CAPSi, o que compromete o cuidado compartilhado produzido dentro e fora dos muros do serviço.

“Agora a gente vai entrar no grupo que tem 17 crianças, que qualidade você oferece nesse atendimento? Não dá para ouvir um minuto cada um. Atendimento individual demora muito. A listagem do PAMO (unidade básica de saúde) está gigantesca, o que se resume a 20 atendimentos, então vai para o PAMO aquilo o que é terapia breve. Criança, adolescente e adulto eu vou desligar o paciente aqui e vou mandar ele para o PAMO e ele vai passar mais de um ano na fila e quando ele iniciar vai ter 20 sessões no máximo. É o que acontece, a gente desliga e volta. A gente precisa ver se realmente é o que acontece. Volta para o acolhimento e não tem técnico para dividir esse grupo. A equipe está muito enxuta com os adolescentes. Eles trazem uma demanda muito grande e a técnica sai sugada”. (Terapeuta Ocupacional, Entrevista realizada em 20/06/2018).

Dentro dessa mesma dinâmica institucional é possível observar a excessiva centralização do atendimento da rede assistencial em saúde mental infantojuvenil para dentro do CAPSi, o que leva muitas vezes à inclusão de um elevado número de usuários e a necessidade de serem criados mais recursos terapêuticos, como por exemplo: grupos, oficinas e atendimentos que acontecem no interior do serviço. Certamente, na medida em que os equipamentos existentes permanecem inflexíveis e com pouca maleabilidade no acolhimento, o usuário vai ser encaminhado ou mesmo devolvido para ser novamente inserido no CAPSi. Evidentemente não resta dúvidas de que a equipe fica enredada nas dificuldades de operar um espaço estratégico, lugar de articulador da rede no território. Portanto, ao acolher que supõe atender a toda demanda que chega o CAPSi, se afasta do seu mandato político e reatualiza o modo de funcionamento equivalente ao de um ambulatório especializado em saúde mental. De maneira geral, o modo de funcionamento do ambulatório implica em certa regularidade de atendimentos previamente agendados, com procedimentos como: acolhimentos marcados, acompanhamentos por determinadas especialidades junto a equipe multiprofissional, consulta psiquiátrica, atendimentos individuais a longo prazo, grupos e oficinas terapêuticas classificados de acordo com sintomas e patologias ou combos predeterminados que compreendem recursos terapêuticos similares ofertados para todos. Isto significa dizer que a clientela assistida no ambulatório pode suportar minimamente um tempo de espera em relação ao primeiro atendimento e às consultas subsequentes, bem diferente do que ocorre no CAPSi

que, já de antemão, pressupõe o cuidado do usuário em situação de crise, o que exige diferentes movimentos, conhecimentos e decisões.

De fato existe uma característica significativa, dentre as proposições vistas no CAPSi, que é a intensa utilização do atendimento clínico individual ou grupal. Neste contexto, a equipe, ao responder pela via preferencial da modalidade clínica convencional, age muitas vezes em sentido oposto à sua função, que deve ser exercida sob a lógica da atenção psicossocial pautada pelo cuidado ampliado. Com efeito, as profissionais que atuam no serviço de saúde mental tem sido convocadas a agir e, ao invés de operar de acordo com a noção de clínica ampliada sustentando intervenções voltadas para o território capazes de assegurar o tratamento da população infantojuvenil, acabam por ofertar apenas o fazer convencional colocado como regra afim de possibilitar o cuidado ao qual o público atendido tem direito. Nessa tessitura, a proposta do cuidado ampliado se refere à noção de clínica ampliada, que abarca as necessidades singulares dos sujeitos envolvidos levando em consideração o contexto (familiar, cultural, econômico e social) no qual estão inseridos, que por sua vez poderá ser determinante em seu sofrimento psíquico. Contrária ao modelo biomédico tradicional, a clínica ampliada, ao incorporar a intervenção clínica, o sujeito e seu entorno como proposta terapêutica, desloca a importância dos aspectos biológicos do processo saúde-doença, dando ênfase às dimensões subjetiva e social. Neste sentido, como apontam Contatore, Malfitano e Barros (2017), a clínica ampliada “possibilita encontros mais férteis com o sujeito atendido ao permitir que outros temas, não apenas a doença, possam estar presentes.” (p. 557). Partindo da construção da autonomia dos sujeitos afim de permitir a tomada de decisões de seu próprio cuidado (CONTATORE, MALFITANO e BARROS, 2017), a clínica ampliada também aposta na integração dialógica entre distintas especialidades e profissões frente o compartilhamento do cuidado, e com isso preconiza a possibilidade das relações de vínculo com os usuários e a elaboração de projetos institucionais.

Essa concepção de cuidado ampliado mediante a proposta de clínica ampliada nos revela certo impasse nas práticas das profissionais do CAPSi. Outrossim, quando acolhe a toda sorte de situações, inclusive os chamados casos leves, a equipe se coloca na obrigação de atendê-los sem nenhuma problematização, sem algum questionamento capaz de desconstruir a demanda a qual lhe foi endereçada. Movimentando-se com maciça incidência e imbuídas de um ideal salvacionista, ainda que temporariamente, as trabalhadoras do CAPSi buscam formas de tratamento consideradas mais "instantâneas" e eficazes de "recuperação" e, não por acaso, repetem uma certa prática calcada no modelo ambulatorial.

Ao agir dessa forma, o CAPSi não exerce sua função clínica, tampouco sua função política, o que nos remete a seguinte questão: qual é o lugar do CAPSi diante do cuidado junto aos jovens autores de ato infracional? No caso dos referidos adolescentes, seus comportamentos e sofrimentos são traduzidos em um cuidado exclusivo ao campo da saúde mental, assim como as necessidades psicossociais são lidas como questões individuais que acabam sendo relegadas a um segundo plano (ou até mesmo esquecidas), o que de certa forma acarreta na dissociação entre o que é do campo social e o que é da saúde mental. Contatore, Malfitano e Barros (2019) nos alertam sobre o risco de tomarmos o cuidado como sinônimo de saúde na medida que essa distinção é importante porque possui várias implicações. Primeiro, as questões sociais não podem ser interpretadas como sinônimo de saúde, pois implicam numa dimensão complexa de relações envolvidas com a vida dos sujeitos. Segundo, se confundirmos problemas de saúde com demandas sociais, acabaremos por acarretar uma “medicalização social”, tornando o cuidado como equivalente ao tratamento de um sofrimento psíquico que não existe. Terceiro, caso a desigualdade ou o sofrimento social sejam compreendidos como sofrimento psíquico, então teremos como consequência a produção social da loucura.

Retornamos ao percurso percorrido pelo jovem Miguel no CAPSi e verificamos que foi necessário enquadrá-lo numa perspectiva psicopatológica dentro uma dependência química para que ele pudesse receber o cuidado ofertado no local. Embora Miguel afirmasse a vontade de retornar a trabalhar e o desejo em permanecer no serviço de saúde mental infantojuvenil, mesmo não havendo um consenso, parte da equipe decide encaminhá-lo ao CAPSad, logo após o período de internação na clínica de recuperação, o que leva o jovem ao abandono do tratamento. Porém, não era apenas a equipe que insistia na eterna prática de individualizar o problema, enviando-o para algum tipo de tratamento em saúde mental. Também permeada por boas intenções, eu buscava endossar o ato ao insistir que o CAPSi fosse a única alternativa capaz de operacionalizar o cuidado. Ainda de modo confuso e sem grandes teorizações, carregando a esperança nos ombros na tentativa de poder “ajudá-lo”, não pude perceber o quão sobreimplicada estava na pesquisa.

A respeito do conceito de sobreimplicação, tomamos as colocações de Lourau (2004) em que o autor define a noção enquanto impedimento de realizar a análise do seu próprio fazer em decorrência de um grande envolvimento com o trabalho. Articulada ao conceito de implicação, a sobreimplicação é um elemento subjetivo na análise das implicações e pressupõe uma certa ação utilitarista que nos impede de ver outras coisas, quando isolamos um dos campos da análise reduzindo-o somente a um objeto. Como na ocasião em que o único cuidado

disponível ao jovem era proveniente ao âmbito da saúde mental, impossibilitando que outros modos de cuidar pudessem ser pensados, por exemplo. Nessa perspectiva, do ponto de vista da Análise Institucional, a sobreimplicação e o ativismo da prática impossibilitam que a própria implicação seja problematizada, uma vez que está articulada aos aspectos vinculados a ordem social capitalista, que inclui tanto a submissão a regras explícitas produzidas pela desafetação configurada por uma postura política de conformidade, quanto pela adoção de comportamentos passivos mediante a institucionalização do desemprego (LOURAU, 2004), o que induz os profissionais a exercerem uma forte individualização das ações, impedindo que outras relações de trabalho possam se sustentar e serem mantidas.

Igualmente Figueiredo (2009) irá destacar o excesso da presença implicada nas funções de cuidado que domina o agente cuidador, gerando sujeitos com uma autocrítica rígida ou com uma compulsão para a adaptação absoluta às demandas do ambiente. Particularmente incompatíveis com a criação e a espontaneidade, os excessos dessa função comportam modos de aprisionamento, de imobilidade e de incapacitação psíquica, sendo possível reconhecer que alguma forma de interpelação deva estar presente como modo de despertar e chamar para a vida.

Utilizando as discussões fomentadas por Lourau e por Figueiredo, era possível perceber que as trabalhadoras do CAPSi também se revestiam de um caráter sobreimplicado frente a uma demanda crescente atrelada a contingências intensas e desgastantes. Dada as circunstâncias atenuantes (elevado número de usuários, número reduzido de funcionários na condução de estratégias terapêuticas, especificamente o grupo de família, redução quase absoluta do tempo de horas na reunião de equipe, número ampliado de adolescentes, principalmente aqueles envolvidos pelo uso abusivo de drogas, ausência da prática do encaminhamento implicado limitada a contatos telefônicos, bem como, o envio de usuários para outros serviços somente por meio de registros burocráticos) experienciamos uma sensação de desgaste nas quais as trabalhadoras estavam submetidas ao terem que responder por uma demanda instituída diante de um protocolo fixo de cuidado no território.

“A gente faz alguns encaminhamentos, fica limitado ao telefone, a dar um papel: vai nesse endereço. Por exemplo, teria que ter um espaço na agenda para eu ir à escola do trabalho (escola com cursos profissionalizantes gratuitos) porque aí eu tenho que ver o horário com a diretora de lá para ver quem entra no quê e levar o nome dos adolescentes, tudo isso é tempo que eu não tenho”. (Assistente Social, Entrevista realizada em 20/06/2018).

Na construção desse cotidiano, que se propõe a ser um ambiente terapêutico, desvela-se um lugar permeado pela sobrecarga de trabalho, pela supressão do espaço-tempo destinado ao compartilhamento das ações, o que leva as profissionais a tomarem decisões muitas vezes individuais em direção às soluções de tarefas que despendem de grande quantidade de tempo e dedicação. Em certas ocasiões essa postura de sobreimplicação impele que o profissional concorde com práticas que ao mesmo tempo rejeita. Se, por um lado, observamos a disponibilidade de alguns membros da equipe na divisão solidária de tarefas, por outro acompanhamos um movimento importante que demonstra a dificuldade em reconhecer o CAPSi como um lugar possível no cuidado de seus atores (usuários, trabalhadores e familiares). Apesar de bem-intencionadas, geralmente encontramos soluções contrárias e contraditórias quando se pode contar com a boa vontade de alguns ou quando as respostas são tomadas isoladamente apenas por um profissional. Nestas situações as trabalhadoras podem se sentir impotentes e a função política que atravessa o serviço perde a sua potência criativa.

“Eu deveria ter um espaço. Eu faço 10 grupos mais as visitas. Eu não tenho horário livre para evoluir<sup>43</sup>, eu tava falando com uma das profissionais: minha nossa senhora, eu não estou dando conta! E ela respondeu: a gente te ajuda, porque assim... E ontem eu estava pensando na minha casa o que eu tenho que fazer? Voltar a fazer como antes. Comecei a fazer ontem à tarde: anotar. Na hora de evoluir assim tem uns que a família não vem e vai ficando muito e você vai fazendo uma coisa e vem outra por cima”. (Assistente Social, Entrevista realizada em 20/06/2018).

Em virtude das situações descritas, o trabalho parece ensimesmado e a experiência de cuidado na cidade “lá onde a vida acontece” fica inacessível pela impossibilidade de encontro junto ao outro que exige muita disponibilidade de tempo. De fato, muito se tem dito a respeito do CAPSi enquanto lugar de cuidado de crianças e adolescentes, ou seja, como um serviço, um lugar fixo inserido na rede de atenção psicossocial, mas pouco tem se problematizado a pensar o CAPSi como lugar no qual o jovem autor de ato infracional possa acionar quando necessita recorrer. Lembremos aqui o sentido de lugar equivalente a *ethos*, enquanto morada como maneira possível da habitar, como aponta Figueiredo (2009) como forma tessitura de um terreno humano para a existência, um lugar humano para existir. CAPSi, então, pensado enquanto *ethos* humano não pura e simplesmente um lugar circunscrito no sentido de arquitetura, espaço geográfico que operacionaliza o cuidado, mas morada onde o jovem, na sua experiência de

---

<sup>43</sup> A evolução do prontuário faz parte de um procedimento no qual deve ser registrado frequentemente pelos profissionais que acompanham o caso o tratamento do usuário.

desassossego pudesse confiar e fosse compreendido em seu modo de viver a vida e de habitar o mundo.

Essas reflexões encontram eco nas considerações propostas por Winnicott (1947/2005) no texto “Tratamento em regime residencial para crianças difíceis”, no qual o autor nos oferece a possibilidade de um lugar cuja proposta é tentar fornecer um programa de tratamento diferenciado para crianças que perderam, momentânea ou definitivamente, a vida em família. Uma característica significativa desses programas “em tempo de guerra” era a ausência de planejamento rígido, pois a aplicação de programas previamente preestabelecidos tende a atrair diferentes perfis de pessoas que se propõe a cuidar de seres humanos. Se, por um lado, aquelas atraídas pela tarefa de desenvolverem o programa são dotadas de senso de espontaneidade e de responsabilidade, por outro, a pessoa com preferência em seguir um modelo rigoroso não é adequada para a realização da tarefa. Por certo as crianças só poderão colher benefícios de suas relações com os supervisores caso estes se sintam estáveis, felizes e satisfeitos em suas funções. Em tais situações é imprescindível receberem uma remuneração condizente, férias adequadas e desfrutarem de tempo livre. Winnicott descreveu o que considerava ser importante como certos atributos dos chamados supervisores - pessoas selecionadas para o trabalho do cuidado junto as crianças antissociais- e recomendava que eles possuíssem a capacidade de assimilar experiências, bem como, lidar de modo autêntico e espontâneo com os acontecimentos e relações, pois só assim, sendo eles mesmos, poderiam agir de um modo natural atuando coerentemente todos os dias. Winnicott, então, exemplifica: se uma criança aparece choramingando e diz que cortou o dedo e precisa do supervisor naquele momento ele deverá largar o que estiver fazendo e atender a criança prontamente, “pois essas crianças estão, com frequência, doentes demais, angustiadas demais para serem capazes de admitir tanto as dificuldades do supervisor quanto as suas próprias”. (1947/2005, p.76). De qualquer modo, é essencial a disponibilidade de escuta e atenção na proposta de trabalho que envolve o cuidado de seres humanos. O autor também considera oportuno que os supervisores tenham alguma habilidade especial como música, pintura, cerâmica, mas acima de tudo é fundamental que gostem sinceramente de crianças. Em relação à confiança, é importante que os supervisores confiem em si mesmos para poderem pensar de acordo com diretrizes psicológicas e discutirem os problemas com outros colegas e pessoas mais experientes (WINNICOTT, 1947/2005). Quanto a quantidade de crianças a serem cuidadas, os supervisores não devem ser sobrecarregados com nenhuma a mais do que podem suportar emocionalmente, pois um ser humano só consegue se preocupar com um determinado número de pessoas, caso seja ignorado

o supervisor será obrigado a realizar um trabalho superficial e inútil, e a substituir por uma gestão ditatorial a combinação saudável de amor e energia que preferiria manifestar. Caso contrário, e isso é muito comum, ele se submete, e todo o trabalho que realizou se anula. Neste sentido, qualquer mudança de supervisor produz vítimas entre crianças e interrompe a terapia natural do lugar de cuidado. Outra questão fundamental é que os supervisores possam contar, eles mesmos, com supervisão, que pode ser feita por meio do apoio constante com a equipe técnica responsável (na experiência de Winnicott, a equipe era constituída por ele e pela assistente social). Compreendendo a complexidade do trabalho, os supervisores têm necessidade absoluta de apoio e compreensão.

De fato é possível lembrar as nuances que atravessam a experiência de cuidado no CAPSi. Dentro de um amplo espectro de ocorrências experienciamos por meio das entrevistas que existe certa disponibilidade por parte das profissionais em repensar o próprio fazer (apesar dos momentos de discussão serem cada vez mais escassos), bem como existe o reconhecimento de alguns familiares de pensar o CAPSi enquanto uma alternativa possível para recorrer em busca de suporte para suas necessidades e dos filhos atendidos. Contudo, a equipe depara-se com obstáculos importantes relacionados às próprias práticas de cuidado, o que pode comprometer a viabilidade do CAPSi de tornar-se criativo e potente, capaz de gerar transformações visíveis e relevantes na vida dos sujeitos. Essa aparente dificuldade pode ter algumas explicações. Podemos supor que a equipe até certo ponto não compreende que o cuidado não está atrelado somente aos espaços de saúde, ademais costumam demorar para realizar a busca ativa de alguns usuários, o que pode levá-los ao abandono no tratamento, ou mais ainda, as profissionais tem certa tendência em predeterminar o tratamento incluindo os jovens autores de ato infracional em atividades que não fazem sentido para eles. Em face dessas considerações, o CAPSi torna-se um lugar distante e pouco sensível na construção de conexões existenciais que possam engendrar um cuidado mais criativo.

### **4.3 Entre a necessidade de cuidar e a urgência de pesquisar**

A obstinação por acompanhar o segundo caso traçador ainda se fazia presente. Miguel e Gabriel não compareceram mais ao CAPSi. Era fevereiro de 2018 e eu permanecia ainda disposta a encontrar mais um adolescente que se propusesse a enveredar pelos caminhos da pesquisa. Uma das profissionais sugeriu que eu acompanhasse um outro jovem, chamado Rafael, recém-chegado ao CAPSi e atualmente com 14 anos. Aos 13 iniciou o consumo de

cocaína, além de fazer uso de lança perfume, maconha e tabaco com alguns episódios de abstinência. Na época cumpria medida socioeducativa de LA devido a infração de furto, e como estava envolvido também com o uso de drogas costumava subtrair objetos e dinheiro de familiares e de pessoas estranhas para pagar sua dívida. O jovem residia com sua família: a mãe, o padrasto e mais três irmãos, sendo que com o mais velho possuía conflitos. Conforme consta em seu prontuário, os pais haviam se separado há 8 anos e, segundo a mãe, após esse episódio, o jovem passou a ter comportamento de nervosismo, agitação e agressão verbal. Na escola não possuía problemas de aprendizagem, porém a genitora relata muitas queixas como, por exemplo, em relação às dificuldades em obedecer a figuras de autoridade. Tal situação levou a diretora da escola sugerir a indicação de um médico neurologista. A mãe, então, começou a administrar um calmante natural para controlar os sintomas da agitação e ansiedade. O adolescente chegou a morar com o pai por 3 meses, porém devido aos conflitos com a madrasta retornou para a casa da mãe. Conforme a genitora, foi nessa época que o filho se envolveu com as drogas. Atualmente Rafael mantém contato com o genitor, no entanto, desde que começou a se apropriar dos objetos da família para comprar drogas, a relação ficou mais distanciada. Como estratégia para manter o filho protegido e longe das drogas, a mãe que trabalhava como cuidadora de idosos começou a levá-lo para o serviço afim de que ele pudesse auxiliá-la. Como forma de recompensá-lo, começou a fornecer uma certa quantia do valor que ganhava, porém, a própria genitora percebeu que o filho não possuía maturidade suficiente, pois utilizava todo dinheiro para comprar drogas. Após o acolhimento no CAPSi e escuta da mãe com o adolescente, Rafael foi inserido no Grupo Altos Papos e a genitora no Grupo de Família.

Como já relatado, desde a minha tentativa em acompanhar o segundo caso traçador, minha frequência no grupo Altos Papos estava bastante reduzida por conta da presença do psicólogo que trabalhava na UAI e que conduzia a atividade juntamente com as trabalhadoras do CAPSi. Nesses momentos eu preferia não entrar no grupo, pois o número de profissionais se equiparava a quantidade de usuários adolescentes. No entanto, quando o psicólogo não estava eu aproveitava a sua ausência para participar da atividade, a fim de conhecer e me aproximar dos jovens. Numa dessas situações adentrei no grupo para me apresentar e falar sobre a pesquisa. Na ocasião senti certo desinteresse dos adolescentes em saber sobre o motivo de eu estar ali. Durante o trabalho de grupo e indo um pouco mais adiante na conversa, os adolescentes começaram a falar sobre suas questões, como a dificuldade de relacionamento com os familiares. Naquele dia, Rafael estava no grupo e comentou que fazia uso de maconha, cocaína, lança perfume e maria mole (mistura de bebida alcoólica tipo contini com vodka),

*“menos crack, senão vira noia”*. Os adolescentes exibiam os corpos tatuados dos desenhos já conhecidos (carpa, símbolo yin e yang e nome da mãe). Durante o encontro os senti pouco motivados e tive a sensação de que a pesquisa estivesse terminando.

Sobre a trajetória institucional de Rafael, consta no prontuário que a mãe diz ter encontrado um canudo nos pertences do filho, tendo a confirmação de que o jovem continuava com o uso de cocaína. Diante desta circunstância e em função do uso de drogas, ela solicita a internação do filho. A equipe do CAPSi, por sua vez, busca orientá-la, sugerindo que mantivesse a estratégia de levá-lo para seu trabalho de modo que ele não ficasse o tempo todo sozinho em casa. Ainda de acordo com o prontuário, a genitora relata outro episódio, no qual o filho furta dinheiro do padrasto, situação que faz com que o companheiro da mãe ficasse muito nervoso. Ao retornar para casa, Rafael assume ter se apropriado do dinheiro e devolve parte do valor, confirmando ter comprado drogas e entregando para a mãe o que comprou. Como forma de castigá-lo, ela lhe retira o celular e entrega ao padrasto, advertindo-o que o telefone só seria devolvido caso ele pagasse o restante da dívida. Na ocasião, a genitora deixa claro para Rafael que ele seria o responsável pelos seus próprios erros. O jovem continua fazendo uso de calmante natural, porém a mãe se queixa de que não percebe melhoras em relação ao comportamento, e mostra-se bastante apreensiva quanto a ele ter mais uma recaída em decorrência do consumo de drogas. Durante o atendimento no CAPSi, Rafael continua envolvido em episódios de furto. Em determinado momento a mãe comenta que o filho furtou dinheiro de uma vizinha, indo até a biqueira para comprar drogas. O irmão mais velho o obrigara a devolver o pino de cocaína e parte do dinheiro para o tráfico. Nesse mesmo dia, o irmão o agride física e verbalmente. Outra vez Rafael furta dinheiro da bolsa de uma senhora para comprar cocaína, e mais uma vez é impedido pelo irmão de fazer uso. No atendimento com as profissionais do CAPSi, foi solicitada a avaliação psiquiátrica do jovem. Podemos observar até o momento, conforme o breve relato do prontuário, que o irmão mais velho desempenhava um papel ambíguo na vida de Rafael, uma vez que auxiliava a mãe na supervisão e cuidado com o adolescente, inclusive acompanhando-o no tratamento era também com quem Rafael possuía certa rivalidade fraterna, tendo ciúmes da relação entre ele e sua mãe. Ainda no Grupo Altos Papos, Rafael comenta que foi passar um final de semana com o genitor, quando viu o pai fazendo uso de cocaína, confirmando que o genitor era usuário de drogas. Tal situação deixou o jovem muito revoltado, a ponto de pedir para que o pai nunca mais fosse a sua casa.

Sonho mais uma vez.

*“Após um ano sem sonhar com a pesquisa, sonho que estou no CAPSi em busca de mais um adolescente para compor meu estudo. A sala onde ocorre o Grupo Altos Papos está com vários adolescentes. Peço ajuda às profissionais para me indicarem mais um caso. Tento me aproximar dos adolescentes, mas não vejo reciprocidade. Após participar do grupo me aproximo de um deles. Ele topa participar da pesquisa. Sinto-me aliviada!” (Diário de Campo, 24/03/2018).*

Após o sonho não consegui participar novamente do Grupo Altos Papos. Retorno aos prontuários. Uma das profissionais sugere que eu converse pessoalmente com Rafael, já que o havia conhecido brevemente no grupo. Acreditava que Rafael seria um bom caso, mas já de antemão não tinha a intenção em acompanhá-lo com a mesma intensidade que pude experimentar com o jovem Miguel. Após sua participação na atividade grupal, o adolescente vai falar comigo. Explico um pouco sobre a pesquisa e ele se mostra interessado, dizendo que gostaria de participar. Como ele veio em companhia do irmão mais velho, combino de entrar em contato com sua mãe para explicar melhor a proposta. Ele me pergunta se tenho celular para poder me adicionar no seu WhatsApp, dou o meu número e, após nossa conversa, quando chego em casa, vejo que ele já me adicionou a sua lista de contatos.

*“Oi tudo bem é o Rafael. Oi Rafael. Vc vai falar com a minha mãe? Sim. Mas vc pode ir falando para ela. O que mesmo? Que eu convidei vc para participar da pesquisa que estou fazendo. E que irei entrar em contato com ela. Tá bom! 7:45PM”. (WhatsApp, 26/03/2018).*

Pela primeira vez no decorrer da pesquisa tenho a impressão de que não estou perseguindo os adolescentes. Nesta situação acredito que rolou um vínculo entre nós. Porém, passados quase um mês, não consigo a autorização da mãe de Rafael para iniciar a proposta de acompanhá-lo. Durante esse período foram vários os contratemplos que impossibilitaram o nosso contato. Devido ao trabalho de cuidadora, a mãe não estava acompanhando o filho no tratamento do CAPSi, essa função era exercida pelo irmão mais velho ou pela tia materna. Tentando encontrar uma saída para o dilema, me disponho a ir sozinha, sem a equipe profissional do CAPSi, em sua casa. Porém, me via num impasse com minhas turbulências, pois era preciso certa dose de cautela tendo em vista que não sabia o real motivo pelo qual a mãe desmarcava nossos encontros. A sombra de uma urgência dos prazos estava sempre presente, embaralhando, seguindo meus passos de pesquisadora.

Novamente a dificuldade em acompanhar os adolescentes encontrada no início da pesquisa me atingia e mobilizava, sem contornos e disfarces, no plano emblemático do

atendimento junto aos jovens autores de ato infracional. Aparentemente acreditava que o pouco contato que tive com Rafael pudesse ter sido suficiente para constituir uma relação de vínculo comigo. Neste percurso, consegui agendar um novo encontro com Rafael e sua mãe no CAPSi. Havia semanas que eles não compareciam ao serviço. Percorri a rodovia Presidente Dutra em um ritmo alucinante, determinada a encontrá-los. Era preciso chegar a tempo, antes que o grupo terminasse. Cheguei ao CAPSi e fiquei aguardando para conversar primeiro com o jovem. Naquele momento tive uma leve suspeita de que ele não iria participar da pesquisa. Finalizado o trabalho do grupo, ele veio ao meu encontro. Manifestei certa preocupação diante da minha necessidade de prosseguir com o trabalho, e era evidente que estava mais apreensiva em saber se ainda havia interesse por parte dele em participar da proposta do que compreender o que realmente estava acontecendo em sua vida. Perante meu questionamento ele me disse que precisava pensar mais um pouco. Para a experiência do cuidado era preciso tempo para que se tecesse uma relação de confiança, porém eu não estava disposta a esperar por sua decisão. Diante do meu sentimento de urgência e da sua hesitação, deixei-o seguir seu caminho. Posteriormente eu iria saber pelas profissionais do CAPSi que, nas semanas anteriores, Rafael havia retomado o consumo de cocaína, e que o episódio ocasionou um agudo sofrimento psicossocial ao ponto de ele recusar-se a comparecer ao serviço nas semanas anteriores. Nesse meio tempo, vergonha e culpa foram experienciadas pelo jovem, e qualquer intervenção sugerida por mim seria inevitavelmente negada. De repente pude perceber que Rafael fora transformado em um objeto sob minha intervenção, voltado para assegurar a sua participação na pesquisa. Em outras palavras, eu assumia a posição junto aos muitos profissionais quando são colocados no lugar de quem vai cuidar, ou seja, ao reduzir o jovem a um mero objeto de cuidado não compreendem e não conseguem identificar a real demanda por esperança que atravessa a vida desses sujeitos. E por mais que acreditamos que já fizemos tudo em relação à tarefa de cuidar, de fato ainda existe muito o que se fazer. Essa última afirmação diz respeito às ideias formuladas por Winnicott (1947/2005) em torno do programa desenvolvido em tempo de guerra e paz, pois para aqueles envolvidos no cotidiano de cuidar dos seres humanos é preciso se atentar para a importância da necessidade de se fazer muito mais do que de fato podia ser feito, caso se pretenda que as crianças sejam realmente tratadas e cuidadas.

#### 4.4 Afinal, de que cuidado estamos falando?

De outro lado, toda a minha obstinação na busca pelos adolescentes para compor a “colheita” de dados me ensinara muito. Dizendo com outras palavras, ficou em mim uma sensação ambivalente de erros e acertos, movimento e paralisia, idealização e realidade, frustração e esperança, em que a trajetória vivida possibilitou uma compreensão mais ampla acerca da experiência do cuidado. Embora a investigação sobre o cuidado junto aos jovens autores de ato infracional tenha essencialmente como ponto de ancoragem o espaço do CAPSi, desde já salientamos de como nos orientamos nesse trabalho no encontro entre a saúde mental com a justiça. Afirmar o CAPSi apenas como lugar físico pode provocar melindres inevitáveis quando, por exemplo, incluímos o cuidado como um rol de atividades ofertados no serviço. Nessas situações compreenderíamos a saúde como a área responsável que produz cuidado para aqueles que realmente precisam desta necessidade, assim se desresponsabilizam os outros setores e se desqualificam o processo de participação e de construção de autonomia dos sujeitos envolvidos.

Uma outra questão diz respeito à compreensão do conceito de cuidado. A diversidade de significados evidencia o caráter polissêmico da palavra. Se pensarmos enquanto uma ação em que se pretende ajudar, corremos o risco de reduzir o cuidado a um ato direcionado aos outros indivíduos. Tal definição nos remete à ideia de que o cuidado é uma atividade centralizada na figura do profissional que faz seu trabalho orientado por grandes expectativas, cuja tarefa permanece a disposição para curar. Nessa linha de pensamento, Tronto (2007) aponta as consequências que combinam o significado do cuidado como uma propensão a ação, o que desconsidera o cuidar de si mas também exclui a possibilidade de que instancias sociais ou grupos de indivíduos possam praticar o cuidado, ou ainda descarta a ideia de que o próprio cuidado seja realizado por pessoas que estejam à distância. Ao se pensar isso, surge uma questão: como conceber a experiência do cuidado no transcurso da pesquisa a partir das mensagens trocadas nas redes sociais, sem uma interação face a face não é possível fornecer cuidado? A concepção do cuidado focada em uma ação específica também exclui o “mau cuidado” (TRONTO, 2007), pois embora ocorra o cuidado humano, no qual as ações conseguem suprir as necessidades pessoais de um indivíduo, a combinação entre os sentimentos de afeição e responsabilidade prejudicam sobremaneira a qualidade do cuidado, ou dito de outra forma, para a autora, além de atitudes como reconhecimento, compaixão e altruísmo, o cuidado “significa ter responsabilidade, fazer bem seu trabalho e suprir as necessidades.” (p.289).

Ademais, a naturalização daquele que fornece cuidado nos remete a ideia de um elemento subjetivo pertencente ao gênero feminino. Como atributo essencialmente relacionado às mulheres, ao âmbito do privado e do familiar, o trabalho de cuidar do outro, embora vital, torna-se desvalorizado, de modo que os profissionais que cuidam das outras pessoas são tidos como desvalorizados ou sem qualificação. (TRONTO, 2007). Ao mesmo tempo, as práticas impressas em profissionais da saúde também estão presentes em outros agentes de cuidado - amigo, professor e família - que são envolvidos neste tipo de relação, porém será na posição ocupada pela mulher que o papel social de cuidadora se torna mais evidente. A naturalização das relações de gênero parece se repetir no cotidiano da pesquisa, vimos com predominância a composição de mulheres que atuam no CAPSi e com frequência a presença das mães que acompanham os seus filhos no serviço. Tal configuração expressa que as relações de cuidado não são relações de igualdade. Embora haja a existência do gênero masculino na figura do médico psiquiatra, e da presença (apesar de escassa) do pai, padrasto e irmão que exercem influência significativa no cuidado com os membros da família, ainda existe um forte predomínio de mulheres no trabalho do cuidar, o que sugere a construção social de um modelo limitado sobre a natureza do cuidado. Assim parece acontecer também no CAPSi: atributos como dever e responsabilidade da mulher conservam a ideia de que apenas a mãe é responsável pelo cuidado do filho adolescente.

“Então na questão da família eu procuro assim orientar bastante de estar presente. A maioria que chega aqui as mães falam que passam muito tempo fora de casa e quando veem o filho estava envolvido (uso de drogas e ato infracional). E quando chega do serviço muita coisa para fazer para dar atenção. Bato muito nessa tecla da questão de estar junto de verdade da qualidade, não da quantidade. Fazer alguma coisa junto, não precisa entrar a questão financeira, assistir uma TV conhecer o filho porque a maioria não conhece de verdade. Acha que precisa colocar comida e alimento na mesa e acabou. O pai geralmente já teve um envolvimento, não estão juntos mais...” (Assistente Social, Entrevista realizada em 20/06/2018).

Por um lado, se a equipe exalta a responsabilidade das mães mediante o “trabalho de amor” no qual sentimentos que atravessam o cuidado estão envolvidos, por outro, cria referência para a idealização do modelo maternal relacionando-o como atribuição natural da condição feminina, conformando um restrito caminho para valores morais profundamente arraigados capazes de assegurar a função cuidadora. Diante dos percalços da vida, força, superação e posse são afetos presentes vistos como fundamentais para salvar, socorrer e cuidar do outro.

“Então eu bato muito nisso na questão do carinho, no afeto, na atenção da questão de pedir para ver o caderno, não só de cobrar. Não chega só na cobrança. Você usou hoje!? Você cheirou? Você fumou? Bater... Vou espancar. Eu não sei o que eu faço mais... Largar a mão, entregar. Então assim, eu trabalho muito isso a questão da posse, é meu, é meu filho. A gente não entrega, não a gente entrega, a gente não dá para ninguém. Isso tudo é confirmado com a gente é a questão de cuidado mesmo”. (Assistente Social, Entrevista realizada em 20/06/2018).

Diante das expressões de cuidado utilizadas, já podemos afirmar que não existe um consenso sobre os sentidos do cuidado, tampouco não existe apenas uma forma de realizar cuidado. Se, por um lado, a indefinição em torno da noção permite que ele seja identificado sob vários sentidos, por outro, o cuidado precisa ser desinventado como conceito, sobretudo, quando se atém às normas técnicas específicas ao âmbito da saúde. Não estamos falando apenas de locais dotados de recursos tecnológicos mais sofisticados, de pessoal especializado, mas também de espaços que utilizam os chamados procedimentos e regras impostas de forma a introduzir um modelo normativo.

Certamente as variações em torno do cuidado se mostram extremamente difundidas nos estudos e pesquisas, seja como for, será necessário alargarmos nossa visão e entendimento indo um pouco além, a fim de perscrutarmos suas dimensões. Tomamos por empréstimo as reflexões propostas por Contatore, Malfitano e Barros (2019) que apostam numa “abordagem sociológica do cuidado” entendendo-o como pertencente, inclusive, ao campo da saúde<sup>44</sup>, mas que abrange elementos implícitos circunscritos a espécie humana pautados nos valores de apoio intenso, solidariedade social, relação entre sujeitos no esforço da ajuda mútua, respeito e zelo, ou seja, componentes imprescindíveis para a conservação e manutenção da vida. Dentro dessa perspectiva, o cuidado pode ser realizado por qualquer membro da comunidade, não se restringindo aos cuidados profissionais ou familiares. Do início ao fim, em diferentes momentos dos ciclos da vida, ele é uma premissa fundamental como resposta social para as realidades díspares em contextos de vulnerabilidade atravessados pelas restrições econômicas e políticas produtoras de desigualdade no acesso à educação, saúde, emprego, bens e serviços e moradia. Essas relações de cuidado e responsabilidades, que vão muito além da família e ultrapassam a dualidade daquele que recebe e daquele que fornece, por serem uma articulação social, abrangem diversos atores e serviços, o que nos leva a considerar que o cuidado não está

---

<sup>44</sup> Dentre as diferentes perspectivas acerca do cuidado no âmbito da saúde Contatore, Malfitano e Barros (2017) destacam: abordagem pragmática do cuidado, clínica ampliada, abordagem gerencial do cuidado, abordagem filosófica do cuidado, abordagem emancipadora do cuidado, abordagem política do cuidado, abordagem sociológica do cuidado e abordagem cultural do cuidado.

reduzido à dimensão estritamente individual e intersubjetiva, sendo necessário reconhecer suas potencialidades coletivas. Como bem observam Contatore, Malfitano e Barros (2019), caso a perspectiva do cuidado continue centralizada em uma ação específica, e não na sua potência de exercício solidário, sempre haverá uma troca de procedimentos em busca de normas técnicas de eficácia que contemplem melhor as necessidades sociais dos sujeitos envolvidos, sem realmente conseguir transmitir a capacidade cuidadora, que é, em última análise, o elo de ligação entre as pessoas. Indo um pouco mais adiante, já que o campo do cuidado é muito mais amplo e complexo, os autores ainda afirmam que “o fracasso ou o sucesso do cuidar não está baseado apenas na sua qualidade técnica, mas sim na horizontalidade da relação entre sujeitos que se reconhecem parte da comunidade humana.” (p.17). Contudo, se a relação não consiste simplesmente entre um e outro indivíduo, nem entre um usuário e apenas o profissional de saúde, como pensarmos a dimensão do cuidar que se engendra naquilo que está em comum na direção que está para todos? A disponibilidade para o encontro tão fundamental na experiência do cuidado pode tornar-se prejudicada, já que é preciso sair de si para experimentar outra experiência junto ao outro.

“Sempre sozinha o de família (grupo). Nunca vai ter acompanhante nunca vai ser um técnico auxiliando. Até antes de ter o “Expressãozinha” (nome do grupo) outra técnica começou a entrar comigo só que aí ela saiu e começou uma demanda para outro grupo e ela foi fazer. Eu aceitei não foi nada imposto porque assim: deixa as crianças e pré-adolescentes tava demais a demanda! Na quarta eu faço um grupo de três famílias. A gente faz assim algumas ações fica algum horário de evolução, mas para eu tentar fazer uma ação para ligar né!? Para ligar não. Para estar ali junto com ele (adolescente) para fazer todo esse movimento.” (Assistente Social, Entrevista realizada em 20/06/2018).

Essa impotência sentida diante de um cotidiano sufocante em que a equipe se vê enredada aponta para a tendência em situar as relações de cuidado pelo caminho do sacrifício, além do mais quando estas tornam-se excessivas, escancaram a fragilidade dos serviços e dos atores envolvidos. Observamos que, de fato, caso o trabalhador acredite que o cuidado comporte um sentimento heroico de “salvação” inerente ao seu próprio fazer, pode carregar consigo práticas que produzem processos de capturas de si e nos outros, sobretudo quando atravessadas pelas linhas totalitárias de poder. Em tais ocasiões, na via do bom funcionamento do serviço, encontraremos pura e simplesmente a expressão de um cuidado mecânico, estereotipado e normalizador.

Extravasando o campo da saúde, nos pegamos a todo custo querendo salvar, recuperar, socorrer; ambicionamos por esse poder sedutor que nos corrompe, ainda que em curto espaço

de tempo, na melhor das boas intenções. Nesta posição, as mais variadas práticas que abarcam “o cuidado nosso de cada dia” contribuem, até certo sentido, para o governo de vidas modulando subjetividades e o que se diz delas, circunscrevendo e determinando um modo de aprisionamento específico. Equivoca-se, no entanto, aquele que pensa que não há dualismo entre as práticas. Por vezes essas mesmas práticas se imiscuem nos territórios presentificados pela força juvenil, indo além de uma certa relação de controle das condutas, pois se desviam para um não reconhecimento dos jovens que, por não serem reconhecidos, não necessitam de qualquer “salvação”. Esse é um marco discursivo importante que anuncia para um determinado compromisso ético no campo das práticas de cuidado. Trata-se, entre outros pontos, de considerar o exercício do cuidado como possibilidade de criação de outros tipos de relações (consigo e com os outros) que não sejam “certa relação de domínio, de controle de poder e comando.” (FOUCAULT, 2004, p.70), mas certamente táticas afirmativas da vida. Mas como se conduzir eticamente nas relações com os outros? Foucault nos dá pistas sobre quais caminhos percorrer, com possibilidades de encontrar saídas na medida em que formula proposições a respeito da ética do cuidado no encontro como prática de liberdade. Práticas, por sua vez, pensadas no sentido mais amplo do poder, que se referem à potência dos modos de vidas humanos, instaurações de linhas de fuga e investimento das relações cotidianas. Nesta passagem Foucault (2004) nos adverte pedindo certa dose de prudência, ao ressaltar que as práticas de liberdade não podem ser confundidas com os processos de liberação, pois estes estão circunscritos ao campo do poder político, numa visão reducionista e massificadora de territórios existenciais. A advertência feita pelo autor também aponta que, para que possamos experimentar práticas de liberdade, será necessário agirmos eticamente. Adquirindo novas formas de orientar seu pensamento, Foucault retoma as ideias propostas pelos gregos em torno do conceito de “cuidado de si”, que implica um trabalho de si sobre si e que envolve uma relação com o outro; se por um lado para cuidar de si é preciso ouvir as lições de “alguém que lhe diga a verdade”, um mestre, um guia, um conselheiro ou um amigo, de outro é cuidando de si que se pode assumir o exercício de um “mestre do cuidado.” (FOUCAULT, 2004). Em contrapartida, é preciso afirmar que cuidar de si não é uma tarefa simples, pois não se trata de seguir o princípio do “conhece-te a ti mesmo”, tampouco se refere a uma prática de introspecção voltada para uma autoanálise, pois para se conhecer será preciso estabelecer uma relação consigo mesmo, sendo necessário exercer seu poder adequadamente, uma vez que “é o poder sobre si que vai regular o poder sobre os outros” (FOUCAULT, 2004, p.272). Nesta infatigável arte dos encontros, o cuidado de si e dos outros começa por saber calar e aprender a ouvir. O cuidado, desta forma, se efetua por meio da experiência da escuta. Escuta sem voz, porém cheia

de palavras, enunciados que carregam desejos que, por sua vez, não se deixam escorrer por entre os dedos. Escuta atenta a realidade capaz de ouvir pela demanda de vida; escuta que mobiliza uma postura ativa frente as faces do poder.

Entre os encontros cotidianos dos jovens com os trabalhadores, ou entre os jovens com os serviços, transitamos por caminhos diversos, e determinamos suas condutas, interferindo em suas formas de existir. Frequentemente, a fascinação por cuidar, em torno de um lugar idealizado, nos conduz a um tipo de relação de poder, na qual o excesso do cuidado tenderia a negligenciar os outros, desqualificar os sofrimentos ou, pior ainda, abusar do poder que exercemos sobre eles. Dentro desse contexto, em que o cuidado tensiona e escapa, o questionamento torna-se fundamental por meio de constantes reflexões sobre as práticas, os trabalhadores e os modos de vidas humanos que com seus estilos próprios configuram possíveis e inéditas composições. Com isso, as chances de um olhar em que o jovem não seja reduzido a um mero objeto de cuidado se reduz. A dimensão ética diante do exercício do cuidado nos aponta para a necessária reinvenção de nossa atuação e, conseqüentemente, desaprendizagem das formas instituídas de cuidar. Nesta direção guiada pela experiência dos afetos, a ética do cuidado só é possível pelo investimento nas práticas cotidianas cuja potência de vida e saúde nos levam a reconhecer os movimentos instituintes que apostem na produção e fortalecimento da existência dos jovens, na construção de projetos e perspectivas que sejam a expressão de um cuidado em liberdade.

#### **4.5 Nem todo fim precisa ser um ponto final.**

Junho de 2018. Ao realizar a última entrevista com as profissionais do CAPSi, não retornei mais ao serviço. Neste tempo o afastamento ajudou, no mínimo, a encerrar a coleta de dados. Entre outras atividades, aproveitei os meses para organizar as experiências de campo, realizar o levantamento dos conteúdos contidos nos prontuários, transcrever as entrevistas, relê-las e ler inúmeras vezes o diário de campo. Foi também nesse momento que a experiência cartográfica da escrita começou a se delinear de forma mais contundente. Neste sentido, a vivência do distanciamento possibilitou a continuidade da escrita e, de certa forma, contribuiu para que eu pudesse realizar a análise das minhas próprias implicações. Este afastamento físico, porém, não foi impeditivo para que eu não mantivesse contato com os meus interlocutores. Por meio das mensagens trocadas pelas redes sociais mantive contato com a mãe de Miguel, mesmo esporadicamente até outubro de 2018. Após esse período não trocamos mais mensagens. Também pontualmente, troquei mensagens com algumas profissionais do CAPSi a fim de sanar

dúvidas a respeito de informações que não puderam ser obtidas durante o processo da pesquisa. Ademais, mesmo de forma espaçada, os sonhos continuaram presentes rondando e provocando as minhas lembranças.

Ao longo deste trabalho procuramos analisar o cuidado produzido no CAPSi e os efeitos dessa lógica junto aos jovens autores de ato infracional. Refletimos sobre a dinâmica e o funcionamento do serviço, a relação de cuidado dos profissionais junto aos jovens, assim como a articulação entre os campos da saúde e da justiça, por considerar que esses aspectos influenciam tanto no tipo de cuidado que é ofertado, quanto na forma como o cuidado é compreendido e recebido pelos usuários e por parte da equipe. Quando pensamos em relação ao cuidado, verificamos que as práticas das profissionais de saúde estão fortemente marcadas por modelos rígidos baseados em procedimentos prescritos nas formulações ministeriais que determinam o modo de funcionamento do CAPSi. Tais práticas, por sua vez, materializadas no cotidiano do serviço, compõem formas de cuidado pautadas em protocolos – recursos clínicos tradicionais - a serem cumpridos em detrimento de uma determinada “saúde mental”. Nesta direção, na iminência dos riscos relacionados aos hábitos juvenis ou diante do risco já instalado de contágio associado a grupos específicos, um vínculo entre saúde e justiça se interpõe em torno da almejada conduta segura, levando o cuidado aos adolescentes, no tempo do cumprimento de uma medida.

Enquadrados pela justiça juvenil, os novos ou os já conhecidos perigosos tem recebido um duro tratamento para suas questões. Quando não são submetidos ao aprisionamento precoce, se deparam com outras medidas socioeducativas articuladas com as práticas interessadas na condução de suas vidas. Situações por vezes extremas explicitam modos de existências juvenis que incluem violência, drogas e infração, além de formas-resistências para determinadas práticas de controle. Uma realidade cada vez mais preeminente que chega na vida dos serviços de saúde mental, onde o profissional deve levar em conta que é dessa problemática da qual se trata.

Entende-se que a complexidade e a diversidade das demandas que comparecem no CAPSi são condições necessárias para a construção de novos modos de se fazer junto ao sofrimento do outro, desde que os trabalhadores comecem também a garantir um lugar para o cuidado de si por meio da problematização das suas práticas e pelo compartilhamento de experiências, angústias e intervenções. Nesse caminho, os encontros junto aos profissionais do CAPSi revelam os impasses e desafios inerentes daqueles que se propõe a cuidar dos jovens

autores de ato infracional. Realidades díspares que seguem sendo relatadas, ficando evidente a necessidade da construção de espaços onde devam ser tomadas decisões coletivas. Dado o caráter complexo das situações, um lugar que possibilite o diálogo, de modo que as falas circulem e não se transformem em mero ruído dominado pela desqualificação do trabalho, apatia e sacrifício. Mais uma vez: os encontros ensinam.

Associado a isto, encontra-se o fato dos jovens autores de ato infracional que buscam o CAPSi como um dos lugares de cuidado. Redimensiona-se, desse modo, uma outra vertente da composição entre saúde e justiça, articulada a uma concepção de cuidado que visa normalizar o comportamento e os distintos modos de vida. Prescrever, ditar e exigir regras para controlar as condutas na direção de posturas e comportamentos “cuidadosos” são práticas que costumam ser adotadas pelos profissionais de saúde diante dos jovens que chegam ao serviço. Mas as vivências que atravessam o dia a dia institucional incluem a fluidez, o impossível de se prevenir, a intensidade que escapa por entre as mãos, não sendo possível que os jovens sejam submetidos a um enquadre rígido e inflexível.

Apesar da forte presença de uma prática operada por procedimentos prescritos pelos caminhos da cartografia, constatamos que a atividade em grupo, particularmente o Grupo Altos Papos, pode ser uma estratégia interessante que se abre aos vários processos de produção de vida. Ademais por ser uma modalidade de atendimento no qual se verifica a maior presença de jovens autores de ato infracional, existe ainda a condição dos adolescentes se sentirem reconhecidos, podendo perceber aquele espaço como um dos possíveis lugares de cuidado, desde que os profissionais consigam escutar suas vozes, não distinguindo, a partir do seu ponto de vista, os que merecem ser cuidados daqueles que não merecem. Um outro ponto que chama a atenção e que perpassa o Grupo Altos Papos são os jovens que estabelecem com as drogas uma relação de trabalho. Tornar-se trabalhador de uma atividade ilícita não é, para os que estão em situação de vulnerabilidade, necessariamente uma escolha individual, mas condições marcadas a partir de um complexo feixe de escolhas morais e de constrangimentos sociais, como aponta Fiore (2018), que vão desde a fragilidade das relações familiares, a precariedade das condições econômicas e a ineficiência das políticas públicas destinadas aos adolescentes, articulado à falta de oportunidades. Nessas situações, entendemos que o profissional de saúde na tentativa de ultrapassar o olhar moral e medicalizante deve pautar suas práticas em relações de confiança e vínculo junto aos jovens, sem desqualificar as estratégias de sobrevivência por eles adotadas. À medida em que os adolescentes são escutados, eles podem ser mais bem compreendidos, abrindo-se para novos sentidos das suas ações.

Cabe ainda aqui uma ressalva, como já anteriormente relatado, por conta dos caminhos metodológicos assumidos na pesquisa, acabei voltando minha atenção mais para parte da equipe de profissionais do CAPSi e suas interações com os jovens autores de ato infracional. Apesar dessa orientação já demarcada no início da investigação, penso que acompanhar a trajetória das famílias dos jovens poderia favorecer a produção de novas narrativas em curso, tornando-se mais evidente os percalços existentes na busca do cuidado para os filhos e que estão simultaneamente envolvidos com o processo socioeducativo.

Diante das situações candentes que estamos vivendo, com insistentes ataques à democracia e medidas de grandes impactos nas políticas públicas que afetam diretamente aqueles que necessitam de acolhida para sua experiência de dor e sofrimento, nos aproximamos de uma complexa realidade que imiscui nos espaços institucionais. Em tempos brutos com o retorno das movimentações hospitalocêntricas, racistas e antirreformistas, faz-se necessário sublinhar que tais constatações não nos levam para uma ineficácia ou falência da lógica de atenção psicossocial e dos equipamentos substitutivos do paradigma asilar. Pelo contrário, nunca antes foi tão importante discutir os percalços da Reforma afim de compreendermos suas potencialidades e suas vozes. Da mesma maneira, sem cairmos na armadilha de um cuidado adaptativo, nos aproximamos do cotidiano dos serviços, para experimentar, lembrar e relembra que precisamos também criar cuidado. Cuidado real que exige presença, mesmo na ausência, exige corpo, debate e negociação. Exige compartilhamento real e que esteja necessariamente disposto a cuidar de vidas.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. N. et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: FEUERWERKER, C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. et al. (Org). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016, p. 22-30.

AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua**. Belo Horizonte: UFMG, 2007. 207 p.

AUGUSTO, A. **Política e polícia: cuidado, controles e penalizações de jovens**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2013.

BARDI, G.; MALFITANO, A. P. S. Pedrinho, religiosidade e prostituição: os agenciamentos de um ser ambivalente. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 42-53, jan./mar. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902014000100042](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100042)>.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Diário de bordo de uma viagem intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015.

BENTES, A. L. S. **Tudo como dantes no Quartel d'Abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial**. 1999. 150 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

BIRMAN, J. **Dor e sofrimento num mundo sem mediação**. Estados Gerais da Psicanálise: II Encontro Mundial, Rio de Janeiro. 16 set. 2010. Disponível em: <[http://www.estadosgerais.org/mundial\\_rj/download/5c\\_Birman\\_02230503\\_port.pdf](http://www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/5c_Birman_02230503_port.pdf)>. Acesso em: 11 abr. 2019.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Estabelece as normas e diretrizes para o funcionamento ambulatorial e para o hospital dia em saúde mental. Brasília, 1992.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 46, de 29 de outubro de 1996. Regulamenta a execução da medida socioeducativa de internação prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069/90. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jan. 1997.

BRASIL. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 dez. 1999.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Regulamenta as modalidades de Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e estabelece normas de funcionamento e composição da equipe, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** 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). Brasília, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 21 nov. 2018.

BRASIL. Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 jan. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 845, de 22 de agosto de 2012,** que altera e cria novos procedimentos para os Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 121, de 25 de agosto de 2012,** que institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil:** recomendações: de 2005 a 2012. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS:** tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014.** 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, 2014c.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. **Mapa do encarceramento:** os jovens do Brasil. Secretaria Geral da Presidência da República e Secretaria Nacional de Juventude. Brasília: Presidência da República, 2015. Disponível em: <[http://juventude.gov.br/articles/participatorio/0010/1092/Mapa\\_do\\_Encarceramento\\_-\\_Os\\_jovens\\_do\\_brasil.pdf](http://juventude.gov.br/articles/participatorio/0010/1092/Mapa_do_Encarceramento_-_Os_jovens_do_brasil.pdf)>. Acesso em: 21 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Altera as portarias de consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 11/2019** - CGMAD/DAPES/SAS/MS. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, 2019a.

BRASIL. **Decreto nº 9.761**, de 11 de abril de 2019. Aprova a política Nacional sobre Drogas – Pnad. Presidência da República. Casa Civil, Brasília, DF, 11 abr. 2019b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm)>. Acesso em: 06 ago. 2019b.

CABRAL, A. L. L. V.; MARTINEZ-HEMAEZ, A.; ANDRADE, E. I. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários Terapêuticos: o estudo na arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v. 16, n. 11, p. 4422-4442, 2011.

CAPONI, S. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. **INTERthesis**, Revista Internacional Interdisciplinar em Ciências Humanas, Florianópolis, v. 09, n. 02, p. 101-122, jul./dez. 2012a.

CAPONI, S. **Loucos e Degenerados**: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012b.

CASTEL, R. Os médicos e os juízes. In: FOUCAULT, M. (Org). **Eu, Pierre Riviere, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

CASTRO, O. **Negrodrama**: uma etnografia sobre famílias de usuários radicais de crack. 2017. XV, 209 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2017.

CESAR, A. C. **Crítica e tradução**. São Paulo: Ática, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Um retrato das unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei**. 2. ed. Brasília, 2006. 127 p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Revoga a Resolução CFP nº 016/2000**, publicada no DOU nº 246, Seção 1, Página 91, no dia 22 de dezembro de 2000, que dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos, 2012. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2014/07/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-010-12.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal; Brasília, DF: CFP, 2018.

COIMBRA, C. M. B.; NEVES, C. A. B. Potentes Misturas, estranhas poeiras: desassossegos de uma pesquisa. In: NASCIMENTO, M. L. do (Org.). **Pivetes**: A produção de Infâncias desiguais. Rio de Janeiro: Oficina do Autor; Niterói: Intertexto, 2002.

CONTATORE, O.A.; MALFITANO, A.P.S.; BARROS, N. F. de. **Os cuidados em saúde**: ontologia, hermenêutica e teleologia. Interface- comunicação, saúde educação, Botucatu, v.21, n.62, p.553-563, 2017.

CONTATORE, O.A.; MALFITANO, A.P.S.; BARROS, N. F. de. Por uma sociologia do cuidado: Reflexões para além do campo da saúde. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, e0017507, fev. 2019.

CORRÊA, M. Antropologia e Medicina Legal: variações em torno de um mito. In: EULÁLIO, A. et al. **Caminhos Cruzados**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, vol. 27, n.1, p. 17-40, 2015.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. (Org.). **O Capsi e o desafio da gestão em rede**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

CUNDA, M. **As tramas empedradas de uma psicopatologia juvenil**. 2011. 126 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

DELEUZE, G.; GUATARRI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2000, v. 1.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. 1. ed. São Paulo: Editora Escuta, 1998.

EVARISTO, C. **Insubmissas lágrimas de mulheres**. Belo Horizonte: Nandyala, 2011, v. 7.

EVARISTO, C. **Olhos D'Água**. Rio de Janeiro: Pallas; Fundação Biblioteca Nacional, 2016.

FAVRET-SAADA, Jeanne. Ser afetado. **Cadernos de Campo**, São Paulo, n. 13, p. 155-161, 2005.

FELTRAN, G. de S. **Fronteiras de tensão: um estudo sobre política e violência nas periferias de São Paulo**. 2008, 347 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Campinas: Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 2008.

FELTRAN, G. de S. Margens da política, fronteira da violência: uma ação coletiva das periferias de São Paulo. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 79, p. 201-233, 2010.

FERLA, L. **Feios, sujos e malvados sob medida**. A utopia médica do biodeterminismo. São Paulo: Alameda, 2009.

FERRÁNDIZ, F. Venas abiertas: Memorias y políticas corpóreas de la violencia. En Aurora Marquina Espinosa. **El ayer y el hoy: Lecturas de Antropología Política: El futuro: Vol. II**, Madrid: Uned Edições, 2004.

FIGUEIREDO, L. C. As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura. In: MAIA, M.S. (Org.). **Por uma ética do cuidado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

IORE, M. Apresentação. In: GALDEANO, A. P.; ALMEIDA, R. et.al.(Coord.). **Tráfico de drogas entre as piores formas de trabalho infantil: mercados, famílias e rede de proteção social**. São Paulo: CEBRAP, 2018.

FOUCAULT, M. **Eu, Pierre Riviere, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

- FOUCAULT, M. **A Arqueologia do Saber**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense – Universitária, 1986.
- FOUCAULT, M. **As verdades e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 1996.
- FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: A vontade de Saber**. 14. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder: O nascimento da medicina social**. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.
- FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: **Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política**. Tradução de Elisa Monteiro, Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004, p. 264-287.
- FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica: Curso no Collège de France (1978-1979)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.
- FOUCAULT, M. **Segurança, Território, População: Curso no Collège de France (1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.
- FOUCAULT, M. **Em Defesa da Sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)**. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.
- GENET, J. **A Criança Criminosa**. Lisboa: Hiena, 1988.
- GOMES, M. P. C.; MERHY, E. (Org.). **Pesquisadores In-Mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.
- GRAWKOW, G. **Fronteiras psi-jurídicas na gestão da criminalidade juvenil: o caso Unidade Experimental de Saúde**. 2011. 278 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografia do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1996.
- GUIA Teórico e Prático de Medidas Socioeducativas. São Paulo: ILANUD, 2004.
- HECKERT, A.; PASSOS, E. Pesquisa-intervenção como método, a formação como intervenção. In: CARVALHO, S. R.; BARROS, M. E.; FERIGATO, S. (Org.). **Conexões: Saúde coletiva e políticas de subjetividade**. Campinas: Hucitec, 2009, p. 376-393.
- HESS, R. O movimento da obra de René Lourau. In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 15-39.
- HIRATA, D. V.; GRILLO, C. C. Sintonia e amizade entre patrões e donos de morro: Perspectivas comparativas entre o comércio varejista de drogas em São Paulo e no Rio de Janeiro. **Tempo Social**, Revista de Sociologia da USP, v. 29, n. 2, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v29n2/1809-4554-ts-29-02-0004.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2019.
- INSTITUTO SOU DA PAZ. **Aí eu voltei para o corre – estudo da reincidência infracional do adolescente no estado de São Paulo**. São Paulo, 2018. Disponível em: <<http://fnpeti.org.br/biblioteca/ver/745-ai-eu-voltei-para-o-corre--estudo-da-reincidencia-infracional-do-adolescente-no-estado-de-sao-paulo.html>>. Acesso em: 07 fev. 2018.

IPEA. **Atlas da Violência**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fórum Brasileiro de Segurança Pública (Org.). 2019. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio\\_institucional/190605\\_atlas\\_da\\_violencia\\_2019.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf)>. Acesso em: 05 jan. 2020.

JÓIA, J. H. **As tóxicas tramas da abstinência**: compulsoriedades nas internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. 2014. 147 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2014.

LISPECTOR, C. **A Paixão segundo G. H.** Rio de Janeiro: Coleção Archivos, 1998.

LISPECTOR, C. **Onde estivestes de noite**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999a.

LISPECTOR, C. **Para não esquecer**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999b.

LOMBROSO, C. **O Homem Delinquente**. São Paulo: Ícone Ed., 2010.

LOURAU, R. **Análise Institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LOURAU, R. Implicação e sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (Org). **René Lourau Analista Institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MALLART, F. **Cadeias Dominadas**: A Fundação CASA, suas dinâmicas e as trajetórias de jovens internos. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

MALLART, F. As pílulas e a prisão: produção e gestão do sofrimento. **Le Monde Diplomatique Brasil**, São Paulo, Edição 104, p. 36-37, 01 mar. 2016. Disponível em: <<https://diplomatique.org.br/as-pilulas-e-a-prisao-producao-e-gestao-do-sofrimento/>>. Acesso em: 23 jan. 2019.

MALVASI, P. Entre a Frieza, o Cálculo e a “Vida Loka”: violência e sofrimento no trajeto de um adolescente em cumprimento de medida socioeducativa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 156-170, 2011.

MALVASI, P. Uso de drogas e abordagens socioantropológicas: desconstruindo a generalização sobre a dependência de drogas entre adolescentes. **Caderno de Debates: Visitas institucionais à Fundação Casa São Paulo**. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. CRP SP, 2016. Disponível em: <<http://www.crsp.org/fotos/pdf-2016-07-14-15-30-24.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2019.

MARCÍLIO, M. L. **História Social da Criança abandonada**. São Paulo: Ed. 2, 1998.

MANZINI, J. M. M. **A trama das relações entre o conselho tutelar e as escolas públicas**. 2005. 110 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Niterói: Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, 2005.

MANZINI, J. M. M. **Estudo de Caso Internacional**: Conselhos de Direitos e Tutelares no Brasil. Contextualização dos direitos das crianças e adolescentes e impactos produzidos. Fundo das Nações Unidas para Infância do Brasil, 2008. Relatório de pesquisa não publicado.

MÉLLO, R. P. **Cuidar? De quem? De quê? A (À) Ética que nos conduz.** 2017. 129 f. Tese apresentada à Universidade Federal do Ceará para progressão à Classe Professor Titular. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B; PERES, M. A. A. (Org.). **Acolher Chapecó.** Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Editora Hucitec, 2004, v. 1, p. 21-45.

MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 52, p. 153-164, 2014.

MEUNIER, J. **Os moleques de Bogotá.** Rio de Janeiro: Difel, 1978.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde.** 2012. Disponível em: <[https://www.cremesp.org.br/pdfs/cid10\\_ultimaversaodisponivel\\_2012.pdf](https://www.cremesp.org.br/pdfs/cid10_ultimaversaodisponivel_2012.pdf)>. Acesso em: set. 2018.

OLIVEIRA, C. D. de. **Sobrevivendo no inferno: a violência juvenil na contemporaneidade.** Porto Alegre: Sulina, 2001.

PASSOS, E. H.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, jan./abr. 2000.

PASSOS, E. H.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. Apresentação. In: PASSOS, E. H.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividades.** Porto Alegre: Sulina, 2015.

PATROCÍNIO, S. do. Não sou eu que gosto de nascer. In: MOSÉ, V. (Org.). **Reino dos Bichos e dos animais é o meu nome.** Rio de Janeiro: Azougue Editorial, 2001.

PAULA, M. L. de; JORGE, M. S. B; LIMA, L. L. de; BEZERRA, J. C. Experiências de adolescentes em uso de crack e seus familiares com a atenção psicossocial e institucionalização. **Temas Livres. Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2735-2744, ago. 2017.

PAULON, S. M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 16-23, set./dez. 2005.

PAULON, S. M.; ROMAGNOLI, R. C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, abr. 2010.

PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 435-447, abr./jun. 2012.

RAUTER, C. **Criminologia e Subjetividade no Brasil.** Rio de Janeiro: Revan, 2003.

REIS, C. **(Falência familiar) + (uso de drogas) = risco e periculosidade: a naturalização jurídica e psicológica de jovens com medida de internação compulsória.** 2012. 132 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

RIO DE JANEIRO (Município). **Decreto Municipal nº 46314/2019**. Suplementa a Lei federal nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que 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, com a redação dada pela Lei 13.840, de 5 de junho de 2019, e dispõe sobre a assistência à População em Situação de Rua-PSUA, 2019.

RIZZINI, I. **O século perdido: raízes históricas das políticas para a infância no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**. Porto Alegre: Sulina, 2007.

RUI, T. Relato de um impasse de pesquisa: Introdução à trajetória de Nando. **Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFScar**, Santa Catarina, v. 3, n. 1, p. 353-373, jan./jun. 2010.

RUI, T. **Nas tramas do crack: etnografia da abjeção**. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

SANTOS, R. dos. MPC, um programa que nasceu no pátio. **Casa em revista: juventude e atualidade**. Fundação Casa. São Paulo: n. 1, p. 10-14, jul. 2009. Disponível em: <[http://www.fundacaocasa.sp.gov.br/files/efcp/revistas-casa/CASA\\_em\\_Revista\\_AnoI\\_n1.pdf](http://www.fundacaocasa.sp.gov.br/files/efcp/revistas-casa/CASA_em_Revista_AnoI_n1.pdf)>. Acesso em: 16 fev. 2019.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 12.469, de dezembro de 2006. Altera a denominação da Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor, e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 116, n. 243, 2006. Seção I, p. 4. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/norma/69358>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

SCISLESKI, A. C. C. **Entre se quiser, saia se puder: o percurso dos jovens pelas redes sociais e a internação psiquiátrica**. 2006. 184 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

SCISLESKI, A. C. C.; MARASCHIN, C.; SILVA, R. N. A. da. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 342-352, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/12.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2019.

SCISLESKI, A. C. C.; REIS, C.; HADLER, O.; WEIGERT, M. A. B.; GUARESHI, N. M. F. Juventude e pobreza: a construção de sujeitos potencialmente perigosos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 64, n. 3, p. 19-34, 2012.

SCISLESKI, A. C. C.; SILVA, J. L. C. da; GALEANO, G. B.; CAETANO, C. L. C.; BRUNO, B. S. Polícias de Saúde: Quem tem medo de usuários de drogas? **Revista Polis e Psique**, Rio Grande do Sul, v. 3, n. 3, p. 106-124, 2013.

SECRETARIA DOS DIREITOS HUMANOS/MINISTÉRIO DA SAÚDE (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, 2009.

SEIXAS, C. T. et al. Vínculo e responsabilização: como estamos engravidando esses conceitos na produção do cuidado na atenção básica? In: FEUERWERKER, C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.** 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016, p. 391-407.

SPINK, P. K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 18-42; jul./dez. 2003.

TEDESCO, S. H.; SADE, C.; CALIMAN, L. V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal Revista de Psicologia**, Niterói, v. 25, n. 2, p. 299-322, maio/ago. 2013.

TRONTO, J. Assistência democrática e democracias assistenciais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 22, n.2, p.285-308, maio/ago.2007.

VICENTIN, M. C. G. **A vida em rebelião: jovens em conflito com a lei.** São Paulo: Hucitec, Fapesp, 2005.

VICENTIN, M. C. G. Corpos em rebelião e o sofrimento-resistência. **Tempo Social**, Revista de Sociologia da USP, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 97-113, jun. 2011.

VICENTIN, M. C. G.; ASSIS, D. A. D.; JÓIA, J. H. O direito de crianças e adolescentes ao cuidado em saúde mental: tensões entre proteção e tutela no caso do uso de drogas. **Diké**, Aracaju, ano IV, v. I, jan./jul, 2015.

VICENTIN, M. C. G.; GRAMKOW, G. Que desafios os adolescentes autores de ato infracional colocam ao SUS? Algumas notas para pensar as relações entre saúde mental, justiça e juventude. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Org.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS.** São Paulo: Hucitec, 2010, p. 337-351.

VICENTIN, M. C. G.; GRAMKOW, G.; ROSA, M. D. A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de “novos” manicômios judiciais. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 61-69, abr. 2010.

VILAS BOAS, C. C. **A atenção à saúde mental do adolescente privado de liberdade em Belo Horizonte: impasses e desafios.** 2014. 162 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

WINNICOTT, W. D. A tendência anti-social. In: **Privação e Delinquência.** 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005. Publicado originalmente em 1956.

WINNICOTT, W. D. Tratamento em regime residencial para crianças difíceis. In: **Privação e Delinquência.** 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005. Publicado originalmente em 1947.

## ANEXOS

### A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA ADOLESCENTES/JOVENS



PUC-SP

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA ADOLESCENTES/JOVENS**

Você está sendo convidado para participar de um estudo denominado: “Quem merece ser cuidado? A experiência do cuidado junto aos jovens autores de ato infracional” cujo objetivo e justificativa são: analisar as ações de cuidado dos profissionais de saúde mental junto aos adolescentes e ou jovens que cometeram ato infracional e que são encaminhados para o Caps infantojuvenil. A pesquisa se justifica pela necessidade de discutir através da relação saúde e justiça o cuidado em saúde mental para os jovens que estiveram ou estão envolvidos no sistema socioeducativo.

A sua contribuição no referido estudo será no sentido de participar de entrevistas reflexivas permitindo reconstruir os acontecimentos de sua vida até sua inserção no serviço de saúde mental. Caso sejam autorizadas, as entrevistas poderão ser gravadas e posteriormente transcritas, e deverão acontecer em espaço reservado preservando o sigilo das informações. Poderão acontecer no serviço de saúde mental ou na sua residência, conforme acordo entre as partes, considerando o que for mais seguro e confortável.

Você não precisa participar desta pesquisa se não quiser. É você quem decide. Se decidir não participar da pesquisa, é seu direito. Não queremos atrapalhar a sua rotina, nem seus compromissos. Todos os nossos encontros serão marcados antecipadamente para que nós dois nos programemos. Caso aceite participar agora, poderá mudar de ideia depois, sem nenhum problema.

Há possibilidade de você não querer participar da pesquisa. Você será totalmente respeitado em sua decisão, mesmo diante da aceitação dos seus responsáveis.

No que diz respeito à sua participação na pesquisa, os riscos são mínimos. Embora os assuntos digam respeito a sua trajetória de vida, caso você se sinta constrangido em expor sua história ou que possam ser lembradas situações que lhe causem sofrimento, a pesquisadora compromete-se a estar atenta a estes efeitos, a esclarecer e apoiar qualquer forma de dúvida. Nesta situação, caso haja possíveis riscos psicológicos, você tem o direito de ser assistido pela equipe de saúde mental que lhe acompanha.

Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto, porém, o que se espera deste estudo é que ele possa trazer informações importantes quanto a qualificação do tratamento em saúde mental de adolescentes autores de ato infracional, e que possa produzir questionamentos na forma de pensar, agir e se relacionar com a juventude.

De forma a preservar a sua identidade, seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato. A divulgação dos resultados da pesquisa será feita de forma a não identificar os voluntários e você terá a garantia de acesso a estes resultados.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar e retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária.

Em qualquer etapa da pesquisa, você poderá falar com as pesquisadoras responsáveis pelo estudo. Meu nome é Juliane Macedo Manzini, meu telefone é (012) 99721-0312 e email é [jmmanzini@uol.com.br](mailto:jmmanzini@uol.com.br).

Minha orientadora é a Profa. Dra. Maria Cristina Vicentin. Além disso, poderá também nos contatar pelo telefone (11) 3670-8520.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você, assim você poderá consultá-lo sempre que considerar necessário. Caso necessite, você poderá também ter o acesso a esta informação através da pesquisadora.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o CEP- Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica, localizado no Edifício Reitor Bandeira de Mello, na sala 63-C, na Rua Ministro Godói, 969 – Perdizes – São Paulo – SP – CEP: 05015-001 – Tel./FAX: (11) 3670-8466 – e-mail: [cometica@pucsp.br](mailto:cometica@pucsp.br). O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

---

Eu, (*nome do adolescente/jovem da pesquisa*) tenho a dizer que fui informado e que conheço e concordo com a minha participação neste trabalho de pesquisa que tem o nome: “Quem merece ser cuidado? A experiência do cuidado junto aos jovens autores de ato infracional.” Sei que o trabalho pretende estudar o cuidado em saúde mental junto aos adolescentes que cumprem ou cumpriram medidas socioeducativas e são atendidos no Caps infantojuvenil.

Tenho o conhecimento de que posso fazer qualquer pergunta caso tenha dúvidas sobre qualquer etapa do estudo e que poderei obter informações sobre outros assuntos relacionados a esta pesquisa. Sei ainda que terei eu mesmo, ou os meus responsáveis, total liberdade para retirar esse consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo ao atendimento dispensado a instituição.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a realização do mesmo, sem penalidades ou prejuízos. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

\_\_\_\_\_ Data / /  
Assinatura do (a) jovem Local

\_\_\_\_\_  
*Nome, assinatura e RG do representante legal do sujeito da pesquisa*

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito ou de seu representante legal para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_ Data / /  
Pesquisadora Local  
Juliane Macedo Manzini  
RG:53125-142-1

## B. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PROFISSIONAIS DO CAPSi



PUC-SP

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PROFISSIONAIS DO CAPS i

Você está sendo convidado para participar de um estudo denominado: “Quem merece ser cuidado? A experiência do cuidado junto aos jovens autores de ato infracional”, cujo objetivo e justificativa são: analisar as ações de cuidado dos profissionais de saúde mental junto aos adolescentes e ou jovens que cometeram ato infracional e que são encaminhados para o Caps infantojuvenil. A pesquisa se justifica pela necessidade de discutir através da relação saúde e justiça o cuidado em saúde mental para os jovens que estiveram ou estão envolvidos no sistema socioeducativo.

A sua contribuição no referido estudo será no sentido de participar de entrevistas reflexivas identificando as práticas de cuidado em saúde mental desenvolvidas no serviço. Para tanto pedimos que realize conosco uma entrevista com duração de cerca de uma hora. Você pode falar livremente e, em alguns momentos, faremos algumas perguntas relacionadas ao assunto. Caso sejam autorizadas, as entrevistas poderão ser gravadas e posteriormente transcritas, e deverão acontecer em espaço reservado preservando o sigilo das informações. Poderão acontecer no serviço de saúde mental ou em outro local, conforme acordo entre as partes, considerando o que for mais seguro e confortável.

Você não precisa participar desta pesquisa se não quiser. É você quem decide. Se decidir não participar da pesquisa, é seu direito. Não queremos atrapalhar a sua rotina, nem seus compromissos. Todos os nossos encontros serão marcados antecipadamente para que nós dois nos programemos. Caso aceite participar agora, poderá mudar de ideia depois, sem nenhum problema.

Há possibilidade de você não querer participar da pesquisa. Você será totalmente respeitado em sua decisão.

No que diz respeito à sua participação na pesquisa, os riscos são mínimos. Embora os assuntos digam respeito a sua prática profissional, caso você se sinta constrangido em expor seu trabalho, a pesquisadora compromete-se a estar atenta a estes efeitos, a esclarecer e apoiar qualquer forma de dúvida.

Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto, porém, o que se espera deste estudo é que ele possa trazer informações importantes quanto a qualificação do tratamento em saúde mental de adolescentes autores de ato infracional, e que possa produzir questionamentos na forma de pensar, agir e se relacionar com a juventude.

De forma a preservar a sua identidade, seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato. A divulgação dos resultados da pesquisa será feita de forma a não identificar os voluntários e você terá a garantia de acesso a estes resultados.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar e retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária.

Em qualquer etapa da pesquisa, você poderá falar com as pesquisadoras responsáveis pelo estudo. Meu nome é Juliane Macedo Manzini, meu telefone é (012) 99721-0312 e email é [jmmanzini@uol.com.br](mailto:jmmanzini@uol.com.br). Minha orientadora é a Profa. Dra. Maria Cristina Vicentin. Além disso, poderá também nos contatar pelo telefone (11) 3670-8520.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você, assim você poderá consultá-lo sempre que considerar necessário. Caso necessite, você poderá também ter o acesso a esta informação através da pesquisadora.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o CEP- Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica, localizado no Edifício Reitor Bandeira de Mello, na sala 63-C, na Rua Ministro Godói, 969 – Perdizes – São Paulo – SP – CEP: 05015-001 – Tel./FAX: (11) 3670-8466 – e-mail: [cometica@pucsp.br](mailto:cometica@pucsp.br). O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

---

Eu, (*nome do participante*) tenho a dizer que fui informado e que conheço e concordo com a minha participação neste trabalho de pesquisa que tem o nome: “Quem merece ser cuidado? A experiência do cuidado junto aos jovens autores de ato infracional”. Sei que o trabalho pretende estudar o cuidado em saúde mental junto aos adolescentes que cumprem ou cumpriram medidas socioeducativas e são atendidos no Caps infantojuvenil.

Tenho o conhecimento de que posso fazer qualquer pergunta caso tenha dúvidas sobre qualquer etapa do estudo e que poderei obter informações sobre outros assuntos relacionados a esta pesquisa.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a realização do mesmo, sem penalidades ou prejuízos. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

\_\_\_\_\_ Data / /  
Assinatura do (a) participante Local

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_ Data / /  
Pesquisadora Local  
Juliane Macedo Manzini  
RG:53125-142-1