

CURSO DE PSICOLOGIA

Karen Pimentel Bittencourt

**INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: ENTRE O CUIDADO E O CONTROLE DO
RISCO**

Santa Cruz do Sul

2015

Karen Pimentel Bittencourt

INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: ENTRE O CUIDADO E CONTROLE DO RISCO

Trabalho de conclusão apresentando ao Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul para obtenção de título de Graduação em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Doutora Betina Hillesheim

Santa Cruz do Sul

2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a minha mãe, que sempre me incentivou a acreditar nos meus sonhos, e por acreditar tanto em mim.

Aos meus familiares, por entenderem minhas ausências nesses últimos anos da graduação e por mais distante que alguns estejam, estão sempre presentes na minha vida.

Aos meus amigos, que sempre estiveram ao meu lado, me incentivando e estimulando a seguir em frente.

À minha orientadora Betina, pela acolhida cuidadosa e carinhosa, pela sensibilidade e atenção que permitiu dar leveza à escrita deste trabalho. E também, pela presença inspiradora na minha trajetória acadêmica.

Às professoras do Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Rosângela Fontoura da Cruz e Silvia Virginia Coutinho Areosa, pela amizade, carinho e confiança.

À professora Lílian Cruz pelas discussões no campo das Políticas Públicas, que desvelaram dimensões que eu nem imaginava existir.

À equipe do CAPSIA pela abertura e disponibilidade que possibilitaram a realização dessa pesquisa.

O desejo diz:

“ Eu não queria entrar nesta ordem arriscada do discurso; não queria ter de me haver com o que tem de categórico e decisivo; gostaria que fosse ao meu redor como uma transparência calma, profunda, indefinidamente aberta, em que os outros respondessem à minha expectativa, e de onde as verdades se elevassem, uma a uma; eu não teria senão de me deixar levar, nela e por ela, como destroço feliz”.

E a instituição responde:

“Você não tem por que temer começar; estamos todos aí para lhe mostrar que o discurso está na ordem das leis; que há muito tempo se cuida de sua aparição; que lhe foi preparado um lugar que o honra mas o desarma; e que, se lhe ocorre ter algum poder, é de nós, só de nós, que ele lhe advém”.

(FOUCAULT, A ORDEM DO DISCURSO)

RESUMO

O presente estudo buscou investigar e refletir de que forma as práticas de internação compulsória de crianças e adolescentes usuários de drogas vêm se caracterizando e operando em um serviço de saúde mental. A produção de dados desta pesquisa foi desenvolvida no município de Santa Cruz do Sul, junto ao Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSIA). Instituição que atende crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas e que recebe, a partir do Poder Judiciário, os processos para internação compulsória dessa população. Trata-se de uma pesquisa de caráter documental, que analisou 37 prontuários de sujeitos com idades entre 12 e 17 anos, no período de 2013 a outubro de 2015. A análise dos dados, que compõem este trabalho, foi realizada a partir da perspectiva foucaultiana, utilizando-se algumas ferramentas conceituais, tais como: discurso, saber/poder e governamentalidade. Foram construídos os seguintes marcadores que nortearam a discussão dos dados: a construção de biografias; e alianças entre saúde e justiça: abrindo caminhos da compulsoriedade. A partir disso, tentou-se problematizar as articulações que se estabelecem entre os saberes que produzem o que foi denominado aqui como uma biografia dos adolescentes usuários de drogas. Além disso, buscou-se dar visibilidade aos discursos presentes nos prontuários que circunscrevem os adolescentes em torno da noção de risco e vulnerabilidade e como esses legitimam formas de intervenção sobre a vida desses sujeitos, bem como as articulações entre saúde mental e Poder Judiciário no circuito da compulsoriedade.

Palavras-chaves: Internação compulsória, risco e vulnerabilidade, crianças e adolescentes usuários de drogas.

ABSTRACT

The present study aimed to investigate and reflect how the compulsory hospitalization practices of children and adolescents drug users come characterizing and operating in a mental health service. The data production of this research was developed in the city of Santa Cruz do Sul, at Psychosocial Care Center of Infancy and Adolescence (Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência - CAPSIA). An institution that serves children and adolescents who use psychoactive substances and that receive from the Judiciary Branch, the processes for compulsory hospitalization of that population. It is about a documental character research, which analyzed medical records from 37 subjects aged between 12 and 17 years old, from January 2013 to October 2015. The data analysis, that make up this work, was carried out from foucaultian perspective, using some conceptual tools such as: speech, knowledge/power and governmentality. The following markers that guided the discussion of the data were built: the construction of biographies and alliances between health and justice: opening compulsoriness paths. From this, it sought to problematize the articulations which are established between the knowledges that produce that was termed here as a biography of adolescent drug users. In addition, it is aimed to give visibility to the discourses present in the medical records that circumscribe teenagers around the notion of risk and vulnerability and how these discourses legitimate forms of intervention on the lives of these individuals, and the articulation between mental health and Judiciary Branch in the circuit the compulsoriedade.

Keywords: compulsory hospitalization, risk and vulnerability, children and adolescents drug users.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 PELOS (DES) CAMINHOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: DO INTERNAMENTO À GESTÃO DA VIDA.....	10
2.1 Adolescência e Biopolítica.....	15
3 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS	19
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	22
4.1 A construção de biografias.....	22
4.2 Alianças entre saúde e justiça: abrindo caminhos para as compulsoriedade.....	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS	37
ANEXO A- Tabela - Organização dos dados produzidos.....	40

1 INTRODUÇÃO

A história da assistência em saúde mental para crianças e adolescentes é marcada por ações de caráter higienista e de inspiração normativo-jurídica, que legitimaram um cenário de institucionalização do cuidado, através das instituições de caráter asilar por um longo período. Esse cenário começa a ser modificado com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e com a consolidação da Política Nacional de Saúde Mental. Esses garantem a estruturação de uma rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico e preveem estratégias de cuidado com base territorial e comunitária. Contudo, ainda que se tenham significativas mudanças com a Política de Saúde Mental e com as garantias previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é também, por meio delas, que muitas estratégias de controle se materializam sobre essa população usuária de drogas. Assim, o tema da drogadição de crianças e adolescentes vem sendo tratado e investido mediante discursos individualizantes, que acabam por legitimar a prática da internação compulsória como medida prioritária de tratamento para essa população.

O processo de desinstitucionalização da loucura se materializa com aprovação da Lei nº10216, de 6 de abril de 2001. A referida Lei dispõe sobre a garantia de um atendimento integral ao usuário portador de transtorno mental, como um sujeito social, com possibilidades de inserção familiar e comunitária. Além disso, propõe práticas de cuidado territorial e comunitária extra hospitalares, substitutivas às internações psiquiátricas, visando à reinserção social do usuário a partir do seu contexto (BRASIL, 2001).

Portanto, O CAPS, como serviço comunitário, para se tornar instrumento da desinstitucionalização, precisa produzir marcas constitutivas, sustentadas sob três pilares- o seu cotidiano, a rede e a clínica. A presença desses três pilares, é essencial para sustentação do cuidado no CAPS, sem eles, o serviço não será um instrumento efetivo de desinstitucionalização. Para além de um local destinado a saúde, esse deve ser compreendido como um modo de operar o cuidado, que seja capaz de produzir uma relação com e entre esses sujeitos no seu cotidiano, criando novas formas de funcionar, de se organizar dentro da cidade. Esse cuidado, passa a acontecer no território dos sujeitos (LEAL; DELGADO, 2007). Entretanto, ainda é possível visualizarmos algumas práticas dentro dos serviços substitutivos que mantém a lógica manicomial, como é o caso da patologização da pobreza e a internação compulsória de crianças e adolescentes usuários de drogas (SILVA et al. 2008; SCISLESKI; MARASCHIN, 2008).

De acordo com a Lei nº 10.216/2001, existem três tipos de internação psiquiátrica: a internação voluntária, que se dá com o consentimento do usuário; a internação involuntária, aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e a internação compulsória, determinada pela justiça. A mesma Lei, no Artigo 6º prevê que a internação psiquiátrica somente será concretizada mediante laudo médico circunstanciado, que caracterize seus motivos (BRASIL, 2001).

Considerando as internações psiquiátricas de crianças e adolescentes, a partir de seus usos para além das questões de saúde, muitas vezes é possível perceber que acontecem de forma isolada, demonstrando a desarticulação com a rede de apoio. Quando esse atendimento é direcionado apenas ao jovem usuário de drogas, acaba-se por desconsiderar os demais aspectos que estão implicados na vida do sujeito, abordando-o sob um viés patológico e individualizante. Esse é um cuidado ao qual as equipes de saúde devem estar atentas, para não cair na individualização do sujeito (SCISLESKI; MARASCHIN, 2008).

O Estatuto da criança e do Adolescente (ECA), reconhece e garante o direito ao atendimento prioritário nos serviços de saúde, estando incluso o tratamento em saúde mental. Diante de ameaça ou situação de violação de direitos, esse mesmo documento prevê a utilização de medidas protetivas para crianças e adolescentes. O uso abusivo de substâncias psicoativas por esse público, vêm sendo percebido dentro dessa mesma lógica, como um comportamento que as coloca em situação de vulnerabilidade social e risco, necessitando de intervenções (REIS; GUARESCHI; CARVALHO, 2014). É neste sentido que as intervenções do Judiciário junto aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) justificam-se, isto é, a partir da necessidade de garantir os direitos desses sujeitos, dentre eles o direito à saúde.

Além disso, vale lembrar que a modalidade de internação compulsória de crianças e adolescentes deve ser adotada como exceção em situações extremas, porque seu uso não garante adesão ao tratamento, além da violência aí implicada. Entretanto, em situações avaliadas como de maior vulnerabilidade e inadiáveis, a internação deve ocorrer em hospitais gerais e que não possuam características asilares (BRASIL, 2014).

A partir dessas considerações iniciais, esse estudo buscou investigar de que formas as práticas de internação compulsória de crianças e adolescentes usuários de drogas vêm se caracterizando e operando em um serviço de saúde mental. Como materialidade de análise, foram utilizados os prontuários de crianças e adolescentes usuários do serviço que foram encaminhadas para internação no período de 2013 a 2015. Salienta-se ainda que, por se tratar de um tema complexo, que envolve tanto o cuidado em saúde, quanto o controle do risco sobre essa população, que o presente estudo se justifica.

O primeiro capítulo do trabalho apresenta os elementos teóricos que oferecem a base para avançarmos no desenvolvimento da análise dos materiais de pesquisa. A base teórica está configurada em duas partes. A primeira realiza uma contextualização histórica da reforma psiquiátrica e dos caminhos percorridos ao longo destes anos, bem como da prática de internação compulsória de crianças e adolescentes usuários de drogas. A segunda apresenta a noção de periculosidade social associada à juventude usuária de drogas, que atualiza mecanismos de gestão dessa população, especialmente nas articulações entre saúde mental e Poder Judiciário. A seguir, apresentamos os procedimentos metodológicos de pesquisa e a uma análise dos documentos que compõem os Prontuários.

O segundo capítulo apresenta os movimentos realizados no sentido de produção e análise dos dados da pesquisa. Assim, o capítulo seguinte problematiza, a partir dos materiais produzidos na pesquisa, as articulações que se estabelecem entre os saberes que produzem o que foi denominado aqui como uma *biografia* dos adolescentes usuários de drogas. Além disso, buscou-se dar visibilidade aos discursos presentes nos prontuários que circunscrevem os adolescentes em torno da noção de risco e vulnerabilidade e como esses discursos legitimam formas de intervenção sobre a vida desses sujeitos. Ao final desse capítulo, traz-se uma análise das articulações entre saúde mental e Poder Judiciário no circuito da compulsoriedade.

Para encerrar, são trazidas as considerações finais do trabalho, as quais apontam para a necessidade de ampliarmos as discussões sobre a forma como a ferramenta da internação compulsória tem sido utilizada. Além disso, evidenciou-se a necessidade repensar a escrita dos documentos que compõe os prontuários, com um olhar atento para esse sujeito e para o contexto que habita, na tentativa de evitar seu exílio e estigmatização através da internação compulsória. A seguir, então, apresentamos as bases teóricas que possibilitaram colocar em análise a internação compulsória de crianças e adolescentes e os diferentes saberes que sustentam a imagem da adolescência *drogadita* como uma questão social que necessita de intervenção.

2 PELOS (DES) CAMINHOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: DO INTERNAMENTO À GESTÃO DA VIDA.

O Hospital, até o século XVIII, mantinha uma função assistencialista, promovendo assistência aos pobres e sustentando um caráter de separação e exclusão desses sujeitos. Considerando-se que, ao mesmo tempo em que o pobre necessita de assistência, pela sua condição de doença, ele também pode ser perigoso (visto possibilidade de contágio), o hospital assume o caráter de institucionalizar a pobreza e proteger a sociedade do perigo que ela representa. Nesse contexto, a instituição hospitalar se caracterizava como um lugar para morrer, sendo que, até então, o tratamento de cura não configurava esse espaço (FOUCAULT, 2014).

Segundo Foucault (2014), a prática médica no século XVII e XVIII era essencialmente individualizante, não apresentando nenhuma cientificidade que a legitimasse como uma medicina hospitalar. A formação médica acontecia através de estudos de textos e de transmissão de receitas. Assim, a formação hospitalar não fazia parte da formação ritualística do médico. As práticas se davam a partir de observações sobre a doença e o doente, visando descobrir o momento que desencadearia a crise, de modo que a cura estava relacionada ao processo entre a “natureza, a doença e o médico” (idem. p.176). Tanto na formação, quanto nas práticas médicas desse período, não existia espaço para um saber hospitalar, como também, na própria organização dos hospitais, não existia um espaço que permitisse a intervenção médica.

No que se refere a loucura, essa perde seu cunho religioso a partir do século XVII, pois, até então, ela ainda não era alvo de internações, sendo compreendida como uma forma de erro ou de ilusão. Era referenciada com as forças da natureza: os loucos não eram separados nem excluídos do meio em que viviam, somente quando manifestavam estar em situações extremas ou perigosas. O lugar de reconhecimento da loucura era na natureza e no culto aos deuses, sendo considerada lugar para se dissipar o erro, e fazer sumir as quimeras (FOUCAULT, 2014).

As práticas de institucionalização da loucura aconteceram no início do século XIX, período em que ela passa a ser compreendida menos relacionada ao julgamento perturbador, e sim, como desordens no modo de agir, pensar e sentir paixões, de tomar decisões e de agir livremente. A loucura passa a ser entendida através do eixo paixão, vontade e liberdade. O papel do asilo nesse momento passa a ter a mesma função dos hospitais nos finais do século XVIII, qual seja, permitir a descoberta da doença mental, afastando o doente do seu convívio social, (FOUCAULT, 2014).

Assim se estabelece a função muito curiosa do hospital psiquiátrico do século XIX: lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico, onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta. Mas também espaço fechado para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e submissão. O grande médico do asilo seja ele Leuret, Charcot ou Kraepelin- é ao mesmo tempo aquele que produz a doença em sua verdade e submetê-la, na realidade, pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente [...] (FOUCAULT, 2014, p. 203-204).

Esse cenário começa a ser modificado mundialmente a partir do século XX, especialmente após a II Guerra Mundial, quando algumas críticas passaram a ser dirigidas ao modelo psiquiátrico. Com a reorganização política, econômica e institucional, as instituições de caráter asilar passam a ser alvos de atenção pública, comparadas aos campos de concentração. A partir disso, novos questionamentos acerca da ética e da cidadania passam a sinalizar o estabelecimento do direito à saúde, assim como a reorganização da Assistência Médica (SILVA, 2004)

No Brasil, o processo de desinstitucionalização da loucura começou a tomar forma a partir do processo de redemocratização do país, no final da década de 70 e início dos anos 80. Através do lema “Por uma sociedade sem Manicômios”, propôs o rompimento com o modelo biomédico na assistência a pessoas com sofrimento psíquico, trazendo para discussão a questão da loucura, dos manicômios e da doença mental, bem como discutindo novas formas de cuidado e desinstitucionalização, pautados no cuidado em liberdade no território (AMARANTE, 1994).

A implementação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, legitimou-se em março de 1986 na cidade de São Paulo, através do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, também denominado CAPS da Rua Itapeva. Sua criação está ligada ao processo que o país estava vivendo naquele momento, através de intensas lutas dos trabalhadores da saúde mental, que denunciavam as condições precárias e desumanas encontradas nos hospitais psiquiátricos do país, e buscavam melhora na assistência à saúde. Neste cenário de lutas, novas formas de cuidado em liberdade passaram a ser pensadas e colocadas em prática em diversos municípios do país (BRASIL, 2004).

Em 1989, tramitou no Congresso Nacional o projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PT/MG), com a proposta da extinção progressiva dos manicômios, e a sua substituição por outras modalidades de atendimento, possibilitando um amplo debate no país (AMARANTE, 2004; BRASIL, 2005). A tramitação deste projeto durou em torno de 12 anos e, em abril de 2001, com algumas alterações no projeto original, a Lei nº10.216 da Reforma Psiquiátrica foi aprovada, mudando a forma de atenção e cuidado em Saúde Mental no Brasil (BRASIL, 2005).

A partir disso, novos olhares são direcionados ao processo de desinstitucionalização. Em substituição ao modelo hospitalocêntrico surgem, como proposta do cuidado em liberdade, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (RAMMINGER, 2006). Os CAPS são regulamentados pela Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, integrando a rede do Sistema Único de Saúde – SUS e, caracterizando-se como unidades públicas de saúde mental. Destinados a prestar atenção psicossocial a pessoas com transtornos mentais graves ou persistentes, bem como problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, disponibilizam atendimento diário, oferecendo cuidados clínicos e de reinserção social (BRASIL, 2005).

Com o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial, novas possibilidades de organização de uma rede substitutiva às internações psiquiátricas passam a configurar o cenário brasileiro da saúde mental. Ao CAPS cabe a função de organizar a rede de atenção psicossocial das pessoas com transtornos mentais nos municípios (BRASIL, 2005). Assim, “os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico” (BRASIL, 2005, S/P.).

A coexistência entre práticas como a internação compulsória, a patologização da pobreza e a sustentação do hospital psiquiátrico, ainda se mantém como principal forma de tratamento para situação de crise e continuam operando nos serviços de saúde. Tem-se, assim, a legislação vigente que, por um lado, regulamenta a portaria dos serviços de saúde mental, e, por outro, produz controvérsias no campo da saúde mental (MAURENTE; TANIKADO; MARASCHIN, 2014).

Alguns estudos têm identificado o aumento da internação psiquiátrica compulsória de crianças e adolescentes, por determinação judicial. Essa, que prevê prazo para ocorrer a internação, além de também determinar o tempo médio pelo qual ela deve ocorrer, às vezes por um período muito maior que o dos demais usuários, internados de forma voluntária (BENTES, 1999; SCISLESKI, 2008; BLIKSTEIN, 2012; REIS, 2012).

Configuram-se, também, nessas internações caminhos distintos. Conforme aponta Bentes (1999), em um estudo realizado na Unidade Hospitalar Vicente de Rezende entre os anos de 1994 a 1997, há um número elevado de internações de crianças e adolescentes via mandado judicial e sem a participação da equipe de saúde mental da instituição destinatária. Muitas vezes a internação psiquiátrica compulsória faz prevalecer o controle sobre a demanda terapêutica, fazendo a função de abrigamento e controle do comportamento (BLIKSTEIN, 2012). Em outras situações, ela atua como forma de acesso para os jovens aos serviços de saúde ou como forma de punição, no sentido de servir como um recurso auxiliar na disciplinarização dos jovens (SCISLESKI; MARASCHIN, 2008).

Muitas das ações realizadas pelo judiciário junto aos serviços de saúde, justificam-se sob o argumento de proteção e garantia dos direitos das crianças e adolescentes, conforme estão previstos no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), Lei nº 8069/90, a respeito do atendimento prioritário à saúde. O Estatuto prevê que, diante de um quadro de desequilíbrio entre os fatores ligados às condições de saúde dessa população, que possam representar risco pessoal ou social para crianças e adolescentes, possam ser aplicadas ações de medidas protetivas. Deste modo, o consumo abusivo de drogas por crianças e adolescentes é compreendido dentro dessa lógica. Isto é, como comportamento que os coloca em situações de risco pessoal ou social (REIS; GUARESCHI; CARVALHO, 2014). Diante dessa ameaça de violação de direitos dos jovens, relacionadas ao atendimento em saúde mental, é que essas problemáticas ganham forças jurídicas, para atuar em defesa das garantias dos direitos dessas crianças e adolescentes (RESENDE, 2008 apud REIS; GUARESCHI; CARVALHO, 2014).

Nesse sentido, não se questiona a internação de forma isolada, nem se nega sua ação terapêutica, mas como essa ferramenta de tratamento é utilizada para além das condições de saúde dos sujeitos, sendo, muitas vezes a única forma de tratamento. O risco que se corre, ao direcionar ao sujeito apenas a resposta do seu tratamento (sobre um problema que é decorrente de diferentes fatores) é inibir as outras facetas que estão implicadas nesse processo, focalizando apenas no sujeito e nas drogas os problemas relacionados à drogadição (REIS; GUARESCHI; CARVALHO, 2014).

Vale lembrar que a forma de compreensão da “*loucura*” na atualidade se consolida através de intervenções de caráter higienista. Destacam-se as mudanças propostas no Projeto de Lei nº 3365/2012, que visa transformar em Política Pública a medida de internação compulsória de usuários de crack, sob o argumento do risco que esse sujeito usuário de crack representa para si mesmo e para a sociedade. Tais discursos demonstram que os aspectos socioeconômicos não são considerados pelo Estado nesse processo, que toma esse discurso individualizante para validar a implementação dessa política (MAURENTE; TANIKADO; MARASCHIN, 2014).

[...] A internação atua como parte de uma estratégia repressiva e proibicionista frente ao uso da droga, sendo pautada pela lógica da abstinência, que coloca a droga como um mal em si e desconsidera todos os aspectos extrafarmacológicos envolvidos no uso, o que inclui questões culturais, políticas e econômicas[...] (OLIVEIRA, 2009 apud REIS; GUARESCHI, 2013, p.186).

A noção de risco, como uma forma de se relacionar com o futuro, surge na pré-modernidade, com a transição entre a sociedade feudal e as novas formas de territorialidade que originaram os Estados-nação. É sabido que a humanidade enfrentou diversos perigos, tanto por riscos involuntários, decorrentes de catástrofes naturais, guerras, ou vicissitudes cotidianas, quanto voluntários, decorrentes dos estilos de vida. Estes, no entanto, eram definidos como fatalidade, perigo, ou dificuldades, mesmo porque a palavra risco não estava disponível no léxico existente. A palavra risco emerge no Catalão apenas no século XIV e, posteriormente, nas línguas latinas no século XVI e nas anglo-saxônicas no século XVII, sendo empregada para se referir à possibilidade de eventos futuros, em um momento em que o futuro passa a ser pensando como passível de controle (SPINK, 2001).

Para Spink et. al. (2008) a formalização do risco como conceito fundamental para gestão de coletividades é um fenômeno que surge tardiamente, amparado no desenvolvimento de uma tecnologia específica, através do cálculo probabilístico, possibilitando a “eventual estruturação do Campo da Análise de Riscos” (idem. p.1). Entretanto, é apenas em meados do século XX, que a análise dos riscos assentou-se sob três pilares: o cálculo do risco, a forma de gerir o risco e a percepção do risco pelo público. Este é um campo que suscita muitos debates, que confrontam tanto posturas objetivas quanto socioculturais (BECK, 1992; DOUGLAS, 1992; LUPTON, 1999, apud SPINK, et.al 2008), levando ao consenso do que vem a ser o risco muito mais relacionado a valores e ordens morais que ultrapassam a racionalidade probabilística do risco.

Nesse sentido, é importante compreender como os discursos produzidos em nossa sociedade legitimam práticas que mantêm os mecanismos de gestão da população, não mais pelo viés patológico, e do tratamento dos sintomas, mas por meio de ações preventivas com a “população dita de risco”, pois, prevenir é antecipar possíveis desvios que possam vir a fazer parte da vida dessas pessoas. Logo, o risco não se relaciona à existência de um perigo real, mas à probabilidade do surgimento de comportamentos indesejáveis, diante do sujeito ou do grupo de indivíduos, em relação a diversos fatores. Entretanto, as novas políticas preventivistas se distanciam das práticas presentes no período disciplinar. São dirigidas, num primeiro momento, não ao indivíduo, mas aos fatores de risco e correlações estatísticas, desconstruindo o sujeito concreto de intervenção e recompondo-o “a partir de uma configuração de elementos heterogênicos” (CASTEL, 1987, p.126), de todos os agrupamentos possíveis, capazes de produzir riscos (CASTEL, 1987).

2.1 Adolescência e Biopolítica

A temática da juventude associada à violência tem contribuído para consolidar a noção de juventude potencialmente perigosa, do mesmo modo que tais discursos favorecem o sentimento de insegurança pública (FREITAS, 2009). Nesse sentido, a maneira como os adolescentes usuários de drogas vêm sendo tratados e investidos como um problema social, diz muito de como os dispositivos de regulamentação biopolítica estão sendo pensados para dar conta dessa nova demanda social. Assim, embora o uso de drogas na adolescência não seja algo novo, ela aparece como tal, e alguns atributos são delegados a essa população jovem (REIS; GUARESCHI, 2013). Conforme as autoras:

Não é por acaso, então, que a emergência desse “novo” problema venha associada à proliferação da imagem da adolescência “drogadita” atrelada à violência, afirmadamente provocada pelo descontrole emocional, efeito do uso da substância ou da necessidade de obter dinheiro ou outros bens que possam ser utilizados para adquirir mais entorpecentes. Além disso, essa população de adolescentes, marcada por sua drogadição, passa a ser descrita como em situação de vulnerabilidade social, sendo os adolescentes caracterizados ora como vítimas, ora como protagonistas desse enunciado problema social. Soma-se a isso o fato de que a criminalidade em torno da questão das drogas se tornou um dos temas mais falados da última década, abordando-se desde medidas preventivas até medidas repressivas, bem como seus custos e benefícios ao promoverem a “defesa da sociedade” (p.181).

As formas de expressão e compreensão da loucura foram sendo modificadas ao longo da história, sofrendo influências do contexto econômico, social e político. A loucura passa a ser compreendida através do viés da pobreza com o advento do capitalismo, no qual o trabalho está relacionado com a moral (FOUCAULT, 2011 apud MAURENTE; TANIKADO; MARASCHIN, 2014). Conforme as autoras observaram em seu estudo, tal conjuntura ainda pode ser percebida na atualidade, através dos motivos pelos quais crianças e adolescentes chegam à internação, “via percursos de marginalidade social, sendo, muitos deles, por medida judicial, decorrentes de seu vínculo com uso e tráfico de drogas” (MAURENTE; TANIKADO; MARASCHIN, p. 575).

Segundo Foucault (2006a), a psiquiatrização da infância aparece tardiamente, e por mais paradoxal que seja, não corresponde diretamente com a criança louca ou com a loucura da infância. O autor afirma:

Parece-me que a psiquiatrização da criança passou por outro personagem: a criança imbecil, a criança idiota, a que logo será chamada de criança retardada, isto é, uma criança que se tomou o cuidado[...*], desde o início, desde os trinta primeiros anos do século XIX, de especificar bem que não era louca. Foi por intermédio da criança não

louca que se fez a psiquiatrização da criança e, a partir daí, que se produziu essa generalização do poder psiquiátrico (FOUCAULT, 2006a, p. 257).

Assim, a psiquiatrização da criança, que é tomada por intermédio da criança imbecil e da criança idiota - ou seja, da criança não louca - oferece um suporte essencial para a generalização do poder psiquiátrico, que não se difunde somente através da doença mental, mas, pela demarcação da anormalidade na infância (FOUCAULT, 2006a).

Em um estudo desenvolvido por Silva et.al. (2008), as autoras traçam um panorama histórico daquilo que passa a ser definido como patologia nos modos de ser criança e adolescente. Realizado a partir de uma análise dos prontuários e livros de registros das internações do Hospital Psiquiátrico São Pedro, no período entre 1884 e 1937, tentando demarcar os diferentes episódios deste percurso. Conforme as autoras, parece haver um abarcamento daqueles que se deseja excluir em cada momento, como os doentes, os pobres e os delinquentes, que assim se misturaram em cada período. Ainda, é importante visualizar como alguns dos saberes que marcam o território da loucura no período pesquisado, como a pobreza e a delinquência, se mantêm operantes nas internações contemporâneas.

O percurso das internações psiquiátricas destes sujeitos no Hospital Psiquiátrico São Pedro, demonstra descontinuidade e continuidade: descontinuidade acerca dos diagnósticos encontrados, mas continuidade no que se refere às estratégias de exclusão, das quais mudam apenas as formas. Atualmente, o principal sintoma nos registros de internação é o uso abusivo de drogas, frequentemente associado à pobreza e ao encaminhamento por determinação judicial. Esses dois últimos fatores, a pobreza e a presença de um dispositivo jurídico policial presentes na maioria dos casos estudados, mantêm-se constantes nas internações atuais, demonstrando que as alianças entre saberes psiquiátricos e jurídicos em torno da infância e juventude possuem uma longa tradição (SILVA et al. 2008).

O processo de judicialização do cuidado em saúde mental de jovens usuários de drogas e a internação psiquiátrica operam como forma de normalização dessa população jovem. No momento, a dita adolescência drogadita passa a se configurar como um problema social, por estar fora da ordem da sociedade, agindo de modo a propagar a desordem, através da chamada *epidemia das drogas*, como denominam alguns especialistas (REIS; GUARESCHI, 2013).

O modo de funcionamento das intervenções sobre a população adolescente usuária de drogas não se consolida como uma simples exclusão desses jovens, mas como forma de incluí-los, e assim, direcioná-los a lugares específicos. “Trata-se de aproximá-los para melhor entender, categorizar e definir sua presença de forma controlada dentro dos espaços públicos” (REIS; GUARESCHI, 2013, p.186). O reconhecimento como doente mental, e a produção

desse lugar de destino para internação psiquiátrica, operam com um duplo sentido, desqualificando jurídica e politicamente esses jovens e abrindo espaços para que as áreas *psi* reivindicuem um saber sobre esses sujeitos e suas patologias. De tal modo, que os saberes *psi* passam a configurar modos de reconhecer os perigos frente ao uso de drogas. Assim, a disseminação do medo é transvestida em alerta, justificando e autorizando intervenções sobre essa população (REIS; GUARESCHI, 2013).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) garante os direitos das crianças e dos adolescentes. Mas também é através dele que se caracterizam e operam os mecanismos de governo sobre essa população pobre, desprovida de proteção e acesso à saúde (REIS; GUARESCHI, 2013). Cabe lembrar que outras vias de acesso podem ser utilizadas como forma de ingresso desses sujeitos nos serviços de saúde. Vias essas que não sejam pela determinação judicial, uma vez que esse instrumento parece funcionar mais como forma de exclusão, antes mesmo da internação se concretizar, legitimando os possíveis lugares para esses jovens (SCISLESKI; MARASCHIN, 2008).

Para pensarmos as ações de governo sobre a vida desses jovens, estamos descrevendo a produção daquilo que Foucault (2010a) tratou no curso chamado “*Em defesa da sociedade*”, proferido entre 1975 e 1976 no Collège de France, de biopolítica sobre essa população. Ou seja, a biopolítica é uma tecnologia que compõe o biopoder. Por sua vez, este se refere a uma nova tecnologia que se instala e se dirige diretamente à vida de uma população, agindo sobre uma multiplicidade de corpos.

Conforme Foucault (2010a) o biopoder efetiva-se através de duas tecnologias: a disciplinar e a biopolítica. A técnica disciplinar atua sobre os corpos individuais. Tenta administrar a multiplicidade dos homens através de técnicas centradas na distribuição dos corpos, colocando em funcionamento um poder que se exerce por meio de técnicas de treinamento, vigilância, punição e controle. A segunda tecnologia, denominada de biopolítica, não exclui a técnica disciplinar, sendo de outra ordem, pois ela se utiliza de técnicas e instrumentos totalmente diferentes. A biopolítica se dirige à multiplicidade dos homens, não enquanto corpo-indivíduo, mas como homem-espécie. Nesse contexto, a população é entendida como uma massa global que é afetada por acontecimentos aleatórios tais como: nascimento, taxa de morbidade etc. Assim, pela biopolítica busca-se a regulamentação da vida.

Neste mesmo curso, o autor discute os efeitos das mudanças da passagem de um poder soberano para uma tecnologia do biopoder, especialmente na forma de governar a vida. O poder soberano consistia em poder *fazer morrer e deixar viver*, já o poder voltado para a população “*consiste em fazer viver e em deixar morrer*” (FOUCAULT, 2010a, p.207). Tal mudança

ocorre quando os aspectos do fenômeno população começam a ser considerados, constituindo-se mecanismos de poder que permitem não só identificar através de previsões e estimativas estatísticas (epidemias, higiene pública, entre outros), mas estratégias e técnicas de como intervir nesses aspectos (FOUCAULT, 2014).

A prática de governo não se limita apenas a figura do soberano como nos tempos de Maquiavel, mas envolve um grande número de práticas, à medida que muitas pessoas podem governar. De modo que existem vários governos, e todos eles estão dentro do Estado ou da sociedade (FOUCAULT, 2014). Trata-se de governar mediante os mecanismos de biopoderes, para melhor conduzir, regular e controlar os modos de vida das populações.

[...]. Por “governamentalidade”, entendo o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer essa forma bem específica, bem complexa, de poder, que tem como alvo a população, como forma mais importante de saber, a economia política, como instrumento técnico essencial, os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por “governamentalidade”, entendo a tendência, a linha de força que, em todo o ocidente, não cessou de conduzir, e há muitíssimo tempo, em direção à preeminência desse tipo de saber que se pode chamar de “governo” sobre todos os outros: soberania, disciplina. Isto, por um lado, levou ao desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo e, por outro, ao desenvolvimento de toda uma série de saberes [...] (FOUCAULT, 2006b, p.303).

3 PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

As inquietações que me levaram a pesquisar as internações compulsórias de crianças e adolescentes usuários de drogas aconteceram a partir da minha aproximação com essa população em dois momentos distintos durante a graduação em Psicologia. O primeiro momento aconteceu a partir de uma visita realizada em uma Unidade específica para tratamento e desintoxicação de drogas, junto ao Hospital Geral de Rio Pardo, durante a participação no projeto Vivências e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS). E também, em outro momento, durante o estágio em Psicologia no Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSIA), ainda no processo de definição do projeto desta pesquisa, quando passei a vivenciar essa realidade no cotidiano do serviço. A partir disso, surgiram alguns questionamentos, acerca dos saberes que circunscrevem esse jovem usuário de drogas e, também, sobre as práticas de intervenção dirigidas aos mesmos.

Esta pesquisa foi desenvolvida no município de Santa Cruz do Sul, junto ao CAPSIA, instituição que atende crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas e que recebe, a partir do Poder Judiciário, os processos para internação compulsória dessa população. Trata-se de uma pesquisa de caráter documental, que analisou prontuários de adolescentes usuários de drogas internados compulsoriamente no período de 2013 a 2015.

A produção de dados aconteceu a partir da realização de visitas sistemáticas junto ao serviço, com a prévia autorização da coordenadora da instituição, com data e hora pré-estabelecida, durante os meses de agosto a outubro de 2015. Para preservar a identidade dos adolescentes e seus familiares, os trechos dos prontuários sofreram algumas modificações ao longo do estudo. Também foi omitida a especificidade dos profissionais, com o intuito de preservar a identidade dos mesmos.

Este trabalho se organiza a partir de dois momentos, que se entrelaçaram no decorrer do processo. Num primeiro momento, a atenção voltou-se para o levantamento teórico, através das aproximações com a temática da internação compulsória. Houve apropriação das seguintes ferramentas conceituais foucaultianas, que serviram de base para este procedimento investigativo: discurso, saber/poder e governamentalidade. Em um segundo momento, é apresentada a análise dos documentos.

O material produzido neste estudo foi organizado em tabelas elaboradas pela pesquisadora (ANEXO A). Essas tabelas apresentam, de forma sistemática, os dados produzidos a partir dos prontuários de crianças e adolescentes usuários de drogas que tiveram

a internação compulsória determinada pela justiça para tratamento da drogadição. Foram registradas as seguintes informações: dados de identificação (idade e sexo); fatores de risco e vulnerabilidade; condições que justificam a internação compulsória; ofícios enviados ao Poder Judiciário pelo serviço e ofícios expedidos pelo Poder Judiciário ao serviço.

A partir da leitura dos dados já sistematizados em tabelas, partimos para análise dos mesmos. Foram analisados 37 prontuários de sujeitos com idades entre 12 anos e 17 anos, tanto do sexo masculino quanto do sexo feminino, em que havia determinações judiciais de internação psiquiátrica para tratamento da drogadição, no período de 2013 a 2015. Inicialmente, tinha-se a pretensão de analisar todos os prontuários desse período. Mas, ao entrar em contato com o material, essa possibilidade foi excluída pela dificuldade em localizar alguns prontuários de usuários que completaram 18 anos de idade e que foram referenciados ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSADIII) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPSII). Conforme combinações entre os serviços, o prontuário original é encaminhado ao serviço de referência, mas deve permanecer uma cópia do documento junto ao CAPSIA para ser mantido no arquivo; entretanto, na prática, constatou-se que isso não vem ocorrendo. Esse foi um critério que emergiu durante a produção de dados e que limitou os documentos analisados àqueles que estavam arquivados no serviço investigado. Além disso, cabe marcar que, embora cada história de vida dos adolescentes seja absolutamente singular, ao olhar para os prontuários, essa singularidade vai desaparecendo, e a impressão era que se estava falando sempre do mesmo jovem.

É importante ressaltar que, durante o processo de análise, aconteceram algumas mudanças de olhares, tendo em vista que a aproximação com os documentos foi suscitando novos caminhos para a pesquisa. A partir dos primeiros contatos com os documentos, percebeu-se que muitos prontuários apresentavam uma escassez de informações sobre o adolescente usuário de drogas, bem como a existência de um número expressivo de ofícios que eram enviados e recebidos do Poder Judiciário, descrevendo e prescrevendo modos de intervenção sobre a vida desses sujeitos.

Ao analisar os prontuários, passou-se para um olhar mais atento ao conteúdo expresso no interior desses documentos. Nessa análise, buscou-se destacar as articulações entre os saberes que compõem os campos da Saúde e da Justiça, que dão fundamento e aceitabilidade à prática de internação compulsória de adolescentes por uso de drogas. Foram analisados os trechos dos ofícios que partem do serviço solicitando internação compulsória ao Judiciário, e os ofícios que retornam do Judiciário autorizando a avaliação médica e, se necessária, a internação compulsória. Também foram utilizados, como materialidade para este estudo, trechos do

Documento de Referência da Saúde, no qual consta o motivo do encaminhamento para internação compulsória no hospital geral. Acompanhando a escrita dos ofícios que são enviados tanto do serviço de saúde quanto do Judiciário, buscou-se problematizar essa oferta de cuidado a partir das contradições que permeiam a manutenção desses discursos, colocando em evidência e questionando os saberes naturalizados sobre essa população e as intervenções de saúde.

A análise dos dados, que compõem este trabalho, foi realizada a partir da perspectiva foucaultiana, utilizando-se algumas ferramentas conceituais, tais como: discurso, saber/poder e governamentalidade (FOUCAULT, 2006b; 2013). Foucault (2006b) propõe analisar o discurso não através dos problemas do sujeito falante, mas oferece ferramentas para examinar os diferentes modos pelas quais o discurso desempenha uma função no interior de um sistema estratégico em que o poder está presente, e para qual o poder funciona. “Portanto, o poder não é nem fonte nem origem do discurso. O poder é alguma coisa que opera através do discurso, já que o próprio discurso é um elemento em um dispositivo estratégico de relações de poder” (FOUCAULT, 2006b, p. 253).

O discurso está relacionado há uma série de acontecimentos que se apoiam na mesma formação discursiva, através das quais o poder é vinculado e orientado (FOUCAULT, 2006b). Assim, no presente trabalho, a análise emergiu como um dispositivo para desnaturalizar práticas centradas nos registros escritos sobre a “juventude drogadita”. Dessa maneira, a seguir, foram construídos os seguintes marcadores que nortearam a discussão dos dados: a construção de biografias; e alianças entre saúde e justiça, apresentados no capítulo seguinte.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Como discutido no capítulo anterior, a partir da produção e sistematização dos dados, foram construídos os seguintes marcadores que nortearam a discussão dos dados: a construção de biografias; e alianças entre saúde e justiça: abrindo caminhos para as compulsoriedades. Desse modo, no presente capítulo, apresenta-se a discussão realizada a partir de tais marcadores.

4.1 A construção de biografias

Durante a produção de dados desta pesquisa, foi possível acompanhar, a partir dos documentos que compõem os prontuários, as articulações que se estabelecem entre os saberes, produzindo o que foi denominado aqui como uma *biografia* dos adolescentes usuários de drogas. Estes diferentes saberes se compõem mediante as práticas de diferentes profissionais, tais como enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e demais técnicos sociais que acompanham a vida desses sujeitos no serviço, como assistentes sociais e redutores de danos. A escrita produzida por estes profissionais, em cada ofício encaminhado ao Judiciário solicitando a internação compulsória, vai delineando uma *biografia* dos adolescentes em questão. Evidencia-se que, essa *biografia* inicialmente tem como foco principal as relações que o sujeito estabelece com o uso de droga e os efeitos sobre sua vida e a de sua família, que justificam a internação compulsória como forma de tratamento. Junto a essa queixa, associam-se também comportamentos tidos como desviantes, os quais o colocam em situação de risco e vulnerabilidade, necessitando assim de intervenção. E, em consequência, o tratamento direcionado a esses jovens se materializa por meio da internação compulsória.

No curso proferido no Collège de France (1974-1975), compilado no livro “*Os anormais*”, Foucault (2010b) analisa a proveniência do indivíduo anormal do século XIX, como sendo oriundo de três figuras que se isolaram e se definiram a partir do século XVIII. São elas: o monstro humano, o indivíduo a ser corrigido e a criança masturbadora.

A figura que se aproxima deste trabalho, é a figura do indivíduo a ser corrigido, um personagem bem específico dos séculos XVII e XVIII, diferentemente do monstro, cujo contexto de referência eram a natureza e a sociedade. O contexto de referência do indivíduo a ser corrigido é a família no exercício de seu poder, assim como outras instituições próximas ou de apoio (a escola, a polícia, a igreja etc.), (FOUCAULT, 2010b). “Esse contexto, é que é o campo de aparecimento do indivíduo a ser corrigido” (FOUCAULT, 2010b, p.49).

Trata-se, portanto, de uma frequência mais elevada do indivíduo a ser corrigido, em relação ao monstro humano, que por definição é uma exceção. Por ser um fenômeno frequente, apresenta como característica de ser, de certa forma, regular na sua irregularidade, possibilitando a partir disso uma série de equívocos no decorrer do século XVIII, acerca da problemática do indivíduo anormal (FOUCAULT, 2010b). Assim, o indivíduo a ser corrigido encontra-se frequentemente próximo das regras, sendo muito difícil determiná-lo. Por um lado, ele pode ser reconhecido facilmente pela sua familiaridade, mas reconhecê-lo sem que tenhamos provas a dar sobre ele. Por outro lado, na medida em que não existem provas a dar, nunca se poderá, efetivamente, evidenciar que o sujeito é incorrigível, estando ele no limite da indizibilidade. Outra contradição que emerge é que, no fundo, o que define o indivíduo a ser corrigido, é que ele incorrigível. Na medida em que é incorrigível, necessita de várias intervenções específicas em torno de si, de investimentos familiares e corriqueiros de educação e correção (FOUCAULT, 2010b).

O modo como esses adolescentes são descritos nos prontuários produz um discurso de patologização que incide sobre o comportamento e a conduta tidos como desviantes dos jovens, estando para além das questões relacionadas ao consumo de drogas. Intensificam-se, assim, o que Foucault (2010b) denominou de estratégias de controle e de normalização do anormal, que atuam através de técnicas e dispositivos disciplinares que visam a correção dos incorrigíveis, operando diretamente sobre os corpos dos sujeitos, e da população. “De modo que vocês veem se desenhar em torno desse indivíduo a ser corrigido uma espécie de jogo entre a incorrigibilidade e a corrigibilidade. [...] e vai servir de suporte a todas as instituições específicas para os anormais [...]” (FOUCAULT, 2010b, p. 50). Conforme podemos perceber nas descrições a seguir:

Segue em uso de substâncias psicoativas, resistente ao tratamento, não comparecendo as consultas, nem aos grupos terapêuticos. Mãe tem comparecido ao grupo de familiares (Ofício encaminhado ao Judiciário)

Adolescente fazendo uso prejudicial de substância psicoativa, em situação de risco e vulnerabilidade. Situações de comportamento agressivo com familiares. (Documento de referência)

Segundo informações da mãe quando participou do grupo de familiares, ambos os filhos encontram-se evadidos da escola, passando a noite fora de casa, fazendo uso diário de substâncias psicoativas e por vezes agressivos com familiares. Salientamos que já existe vaga reservada para ambos no Hospital dos Passos.

Realizo visita domiciliar: Encontro o adolescente e a mãe em casa. Está em uso intenso e diário de SPA, solicita internação em Rio Pardo.

Os diferentes saberes que compõem o campo *psi*, dão sustentação à elaboração de documentos que embasam os processos judiciais para internação compulsória de jovens usuários de drogas. Se, por um lado, produzem uma prática individualizada sobre os adolescentes, por outro, operam na construção de um perfil padronizado, que facilita a identificação desses sujeitos em meio à população (REIS; GUARESCHI; CARVALHO, 2014). Os autores, ressaltam ainda que, ao acompanhar a construção das biografias a partir da escrita desses profissionais, é possível visibilizar o quanto elas se organizam de maneira a revelar como se manifesta o comportamento patológico no indivíduo, e os motivos que justificam sua internação.

Guareschi et.al (2015), ao realizarem um mapeamento das internações compulsórias no período de 2008 a 2011 no Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS), identificaram que os jovens se inserem no serviço para tratamento ao receberem um diagnóstico. Entretanto, embora esse diagnóstico mude ao longo do período de internação, ele afeta as práticas de cuidado construídas no serviço. Assim, quando outros profissionais entram em contato com esse adolescente, se utilizam dos documentos que compõem o prontuário para compreendê-lo. Em meio a esses documentos, está a avaliação psiquiátrica, que prevê descrição de quem seria esse sujeito e que comportamentos ele pode apresentar. Ao relacionar o comportamento com o uso de drogas e a uma nosografia (número do CID¹), passam a escrever no real algo que não existia: uma doença. “Só é possível consolidar essa doença quando o profissional escreveu no documento de triagem que ela existia” (GUARESCHI, et al. p. 143).

¹ A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, frequentemente designada pela sigla CID (em inglês: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD) fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. Disponível em: <http://www.cid10.com.br/>.

Nesse mesmo estudo, os autores discorrem sobre o efeito produzido pelas internações compulsórias na vida desses jovens, ou seja, para tornar produtiva a vida desses sujeitos. Consideram a internação compulsória como produtiva, no sentido de que ela faz operar uma rede de serviços de saúde e socioassistencial, através do investimento na vida desses sujeitos (GUARESCHI et.al, 2015). Ao adentrarem no território da compulsoriedade, por meio de repetição de práticas de interdição sobre a vida, junto à estigmatização, tornam-se evidente os mecanismos de cuidado que o Estado dispõe para essa população usuária de drogas.

Embora seja possível perceber a descrição das condições que justificam a internação, também é notável um deslocamento para questões de proteção e controle dos comportamentos. Logo, a construção desta *biografia* circunscreve os adolescentes em torno dessa noção de risco e vulnerabilidade, sendo que esses discursos legitimam formas de intervenção sobre a vida dos adolescentes usuários de drogas. Percebe-se ainda que pouco se fala sobre os sentimentos desses sujeitos, ou sobre o tipo de cuidado que pode ser ofertado durante o período de internação.

Segue o mesmo quadro, evadida da escola, saindo de casa, fazendo uso abusivo de álcool e maconha e condições de higiene precárias. Exposição moral, situação de risco e vulnerabilidade (evolução Prontuário).

Informamos que o adolescente continua evadido de casa em extrema situação de risco e vulnerabilidade. Solicitamos, portanto, mandado de busca e apreensão deste para ser internado no hospital, onde já existe vaga reservada (2ª Internação).

Venho, através deste, solicitar mandado de busca e apreensão do adolescente. Informamos que o adolescente encontra-se em situação de risco e vulnerabilidade, fazendo uso diário de substâncias psicoativas, praticando furtos em casas vizinhas, evadido da escola. Segundo a mãe, o adolescente nega-se a comparecer ao CAPSIA, faltando as consultas agendadas. Salientamos que existe reserva do leito no Hospital de Rio Pardo.

Em outra situação, o risco que a adolescente representa para si, se desloca também para o bebê, conforme podemos perceber a solicitação do serviço para a prorrogação da alta da paciente, sob o argumento de proteção do bebê:

Conforme relato da adolescente, está gestante de 7 meses. Tendo em vista a situação de risco a que está expondo a criança, tanto pela situação clínica da paciente, quanto pelo abuso de substâncias psicoativas, indica-se tempo maior de internação, preferencialmente até o nascimento do bebê. Para tanto solicitamos vossa intervenção, a fim de buscar e assegurar judicialmente a prorrogação desta alta. (Ofício encaminhado pelo serviço).

Tendo em vista o acentuado grau de dependência química, dos riscos a que ela vem expondo o filho e da necessidade de uma internação mais prolongada para preservar a integridade da criança, solicito que adote as medidas necessárias a manutenção da internação, até o nascimento da criança (Ofício do Judiciário).

Percebe-se que a demanda pela dilatação do prazo da internação compulsória justifica-se sob o argumento de proteção do bebê contra a mãe usuária de drogas. Outro aspecto importante deste caso, é que está jovem estava em acolhimento institucional em um abrigo do município. Para além das questões de saúde, o que está em jogo é a interdição sobre a vida dessa jovem, em detrimento da proteção do bebê. A internação neste caso, não atua apenas como um momento distinto na vida desta jovem, mas sim como uma repetição, pois a mesma já se encontrava institucionalizada. A cristalização dos discursos em torno dessa situação, buscam prevenir, através dessa internação, a constituição de mais uma *família negligente* (REIS; GUASRESCHI; CARVALHO, 2015).

A análise dos riscos, segundo Foucault (2010a), surge a partir de uma problemática governamental, ou seja, através do gerenciamento das populações pelos Estados Modernos, em nome da assunção à vida. No caso descrito, a lógica que mantém as estratégias biopolíticas está intimamente relacionada com a prevenção do risco. Embora, não seja possível traçar o destino de um bebê, fruto de uma gestação não planejada de uma adolescente usuária de drogas, os campos de saber fornecem dados estatísticos sobre a possibilidade desse bebê vir a seguir um caminho desviante, que pode direcioná-lo a delinquência (REIS; GUARESCHI;

CARVALHO, 2015). A relação entre risco e prevenção, configuram o campo da relação securitária que toma a criança como principal alvo de intervenção das condutas. Para reduzir os perigos, é necessário investir na infância, especialmente, a pobre desadaptada (CASTEL, 1987 apud LEMOS; SCHEINVAR; NASCIMENTO, 2014).

Dessa maneira, o risco passa a ser utilizado como um mecanismo de poder, como forma de controle sobre a vida dos sujeitos; “ou seja, sobre a tentativa ininterrupta do poder controlar o devir” (MORAES; NASCIMENTO, 2002, p. 101). E assim, a noção de risco passa a figurar as práticas de trabalhos, como um instrumento de controle social, um dos principais elementos para produção de normas. Além disso, é através da disseminação do medo que muitas práticas de intervenção sobre a população jovem usuária de drogas, se legitimam na sociedade (REIS; GUARESCHI, 2013).

Os saberes científicos, principalmente aqueles das ciências médicas e psicológicas, vão auxiliar na identificação desses elementos de risco. A noção de grupos de risco é um efeito disso, uma vez que, a partir da identificação de determinados sujeitos em meio à massa populacional, foi e continua sendo possível a execução de intervenções que adquirem um caráter de controle social e de cunho moral. Assim, essas estratégias de controle vão se exercer não somente sobre os corpos individuais, mas também sobre os grupos populacionais reconhecidos como de risco. Isso representa uma sofisticação nas técnicas no campo do controle do crime (REIS; GUARESCHI; CARVALHO, 2015, p.395).

Nesse sentido, existe uma relação estratégica entre os campos jurídico e psiquiátrico, que se articula na constituição da rede de proteção que circunscreve diversos fatores sobre a vida dos jovens. É esse conhecimento, produzido tanto pelas ciências psicológicas, quanto pelos demais trabalhadores da área social, que vai fornecer indicadores de risco sobre os quais o Poder Judiciário pode intervir (REIS; GUARESCHI; CARVALHO, 2015). Os autores ressaltam que, ao longo dos processos judiciais analisados, é possível perceber o quanto a família vai sendo patologizada pelos diferentes campos do saber. Esse aniquilamento da família toma uma dimensão tão grande que a ela só resta seguir aquilo – o caminho dito pelos especialistas e a desistência da sua função em nome do Estado, como aquele que pode proteger as crianças e os adolescentes.

Lemos, Scheinvar e Nascimento (2014) discorrem sobre as ações das crianças, adolescentes e de suas famílias, tomadas pelos campos dos saberes como deficitárias diante das normas sociais adotadas como padrão e, que serão classificadas como fatores de risco por diferentes profissionais que orientam sua infância e adolescência. As autoras abordaram, nesse estudo, a gestão do risco a partir das práticas dos conselheiros tutelares. Esse processo se insere

no âmbito da biopolítica. Assim, as intervenções do Estado, em conjunto com outras instituições (como a saúde), atingem diretamente a população através de técnicas e campanhas, que atuam sutilmente, direcionando a população para os fins desejados (FOUCAULT, 2005 apud GUARESCHI; LARA; ADEGAS, 2010). Investindo na vida e, nesse sentido, produzindo modos de subjetivação, a adolescência drogadita passa a ser construída através das descrições dos documentos que compõe os prontuários.

Outro aspecto que emerge ao longo da produção de dados e se articula com a construção dessas *biografias* é a forma como os jovens passam a ser entendidos e descritos pelos profissionais, a partir da narrativa de seus familiares. Muitas vezes, a internação compulsória se materializa através das queixas e relatos dos familiares, sem que este sujeito tenha sido acolhido no serviço, conforme podemos acompanhar nos trechos dos prontuários destacados abaixo:

[...]foi realizada visita domiciliar e, conforme relato da mãe, o adolescente está usando drogas e em situação de risco, sai de casa diariamente, não dá satisfações. Não tem interesse em comparecer ao CAPSIA; resistente ao tratamento. Diante do exposto, solicitamos, mandado de busca e apreensão para internação na data acima referida. (Ofício encaminhado pelo serviço ao JIJ, solicitando Internação).

A mãe do adolescente compareceu ao CAPSIA tendo sido encaminhada pela promotoria devido ao quadro de dependência química do filho. A mãe não soube informar qual o tipo de droga que o filho usa, soube relatar que o mesmo fica muito agressivo, agredindo-a fisicamente, puxando seus cabelos, quadro que ainda é agravado pois a mãe apresenta sequelas de um acidente vascular cerebral (AVC), além de ser paciente do CAPS II. Mãe afirma também que adolescente agride o irmão menor. O adolescente encontra-se evadido da escola há muito tempo, saindo todas as noites de casa voltando somente para solicitar dinheiro, alimentar-se e dormir. Informamos que já existe consulta agendada, bem como a reserva de leito no hospital para a mesma data, caso seja necessária a internação.

Irmã vem ao serviço e solicita internação para o adolescente. Está agredindo a mãe por causa de dinheiro para usar drogas. Já tentou agredi-la com faca. Segundo a irmã está fazendo uso de crack. Combino de dar retorno sobre internação (Evolução de prontuário). Em última visita realizada em 2014, foi informada a nova data da consulta médica, porém o mesmo não compareceu ao serviço. [...]. Segundo relato dos familiares, o adolescente está muito agressivo e violento com a mãe, tendo situações de brigas físicas constantes. Desta forma, justificamos solicitamos de mandado de busca e apreensão para e, se necessário, internação. O serviço já disponibiliza leito reservado. (Ofício para o Judiciário)

Nessa direção, a família apenas responde a algo ao que é constantemente convocada: justificar as inadequações ou faltas cometidas pelos filhos e/ou irmãos, como nos casos descritos acima. Normalmente é atribuída a ela a culpa pelo que não transcorre conforme a ordem da normalidade esperada. Nesse sentido, os documentos elaborados pelos profissionais produzem certas verdades sobre esses adolescentes usuários de drogas e suas famílias, que vão servir de suporte para legitimar a internação compulsória como uma alternativa de proteção diante da falta de suporte familiar (REIS; GUARESCHI; CARVALHO, 2015).

Frente a isso, podemos observar que as intervenções não levam em conta a singularidade dos adolescentes nas internações compulsórias, mas a “*adolescência drogadita*” e as situações de risco às quais estão expostos. A partir dos documentos elaborados pelo serviço, intervenções incidem sobre esses jovens produzindo seu exílio em nome da proteção e do direito à saúde. Faz-se necessário colocar em análise a patologia e a prevenção dos riscos, para que se possa olhar mais atentamente para a vida desses sujeitos em seu contexto e propor ações que contemplem suas singularidades.

Enfim, os discursos utilizados para descrever o que denominamos neste trabalho de biografias da *adolescência drogadita*, e de quem os jovens se tornaram em consequência dela, delineiam sua existência em função da drogadição e dos riscos a que estão expostos. Desse modo, nos levam a pensar que outros caminhos esses jovens poderiam seguir, senão a drogadição.

4.2 Alianças entre saúde e justiça: abrindo caminhos para as compulsoriedade

Neste marcador de análise, será descrito o percurso das internações compulsórias de crianças e adolescentes usuários de drogas, a partir de um serviço de saúde mental. Partindo dos dados produzidos, evidenciamos os circuitos presentes nos encaminhamentos para internação psiquiátrica para tratamento à drogadição.

Para iniciarmos nossa discussão, é importante destacar que o CAPSIA foi criado em 2002, com o objetivo de desenvolver programas de atendimentos a crianças e adolescentes usuáries de substâncias psicoativas, encaminhados pelo Conselho Tutelar e pelo Juizado da Infância e Juventude (CAPSIA, 2013). Não é por acaso, então, que essa aliança entre saúde e Judiciário se mantém operante nas internações compulsórias, considerando o público e a demanda para qual o serviço foi destinado a atender. Nesse sentido, é importante considerar “que tanto a internação psiquiátrica quanto a judicialização do cuidado em saúde mental constituem um campo político e nele assumem uma determinada função” (REIS; GUARESCHI, 2013, p.186).

Embora, este estudo não tenha o objetivo de demonstrar dados quantitativos, alguns dados referentes ao número de internações compulsórias, nos auxiliam em nossas reflexões. Esse material foi acessado a partir de uma lista fornecida pelo serviço, na qual constava o número do prontuário e o ano da internação. A lista continha 46² prontuários, totalizando 69 internações compulsórias, sendo que alguns desses prontuários não foram possíveis de serem localizados pela pesquisadora. Deste modo, foram analisados 37 prontuários totalizando 53 internações psiquiátricas.

A partir de tais dados, é possível termos um panorama simplificado do número de internações compulsórias nos últimos três anos, em hospitais gerais, a partir do encaminhamento do serviço investigado. Esse levantamento é referente à quantidade de internações realizadas no período de 2013 a outubro de 2015. Nesse período, o serviço encaminhou 69 internações compulsórias. Dessas, 41 aconteceram em 2013, 19 em 2014 e 9 de janeiro a outubro de 2015. Diante desses dados, é possível evidenciar uma redução do número de internações via mandado judicial nesse período.

A diminuição do número de internações compulsórias pode ser associada com a contratação de um redutor de danos em março de 2014, o qual passou a desenvolver um trabalho direcionado aos jovens usuários de substâncias psicoativas, envolvendo: busca ativa, trabalhos

² A diferença entre o número de internações compulsórias e número de prontuários, justifica-se pela reinternação de alguns usuários ao longo do período analisado.

de orientação e prevenção na rede, ações no território, participação em atendimentos e grupos no serviço (CAPSIA, 2014). Vale ressaltar que, a partir da entrada desse profissional na equipe, as descrições acerca dos adolescentes usuários de drogas são mais extensas, e as tentativas de localizar esses sujeitos no seu território são mais frequentes. Entretanto, não podemos deixar de sinalizar que o controle sobre a vida desses jovens é muito maior.

Os prontuários muitas vezes apresentavam poucas informações acerca desses sujeitos. Alguns traziam breves relatos, e muitos deles eram oriundos de familiares, sendo os mesmos utilizados como motivo para legitimar a internação compulsória. Percebe-se também que, apesar do serviço ter sido criado inicialmente para atender os encaminhamentos do Conselho Tutelar e do Juizado da Infância e Adolescência, referentes à drogadição, atualmente essa articulação vem acontecendo entre o serviço, o Poder Judiciário e a família. O circuito da compulsoriedade, embora necessite da autorização do Judiciário para sua efetivação, não acontece sem que ocorra uma avaliação médica indicando a internação. Evidencia-se, assim, que esse circuito inicia muitas vezes a partir da solicitação da família e/ou do próprio serviço.

No período analisado, os encaminhamentos para internação compulsória de jovens usuários de drogas parte, na maioria dos casos, da família ou do serviço de saúde, vinculados às instâncias jurídicas. Para dialogar com o ingresso dos jovens no circuito da compulsoriedade, encontramos o trabalho realizado por Reis (2012), que coloca em análise os processos judiciais que resultam na internação compulsória de jovens usuários de drogas. O mesmo evidencia que a entrada desses sujeitos no circuito da judicialização da internação é, em muitas situações, demandada pela própria família, e disparada pela rede de proteção, como o Conselho Tutelar ou outros serviços da rede de saúde e assistência social. Cabe assinalar que, diferentemente do estudo da autora acima citada, na investigação aqui realizada não são avaliados os encaminhamentos do Conselho Tutelar e serviços da rede socioassistencial.

O circuito dos jovens para internação compulsória inicia pela triagem realizada no serviço, conforme data e horário agendado para a consulta. A avaliação dos sujeitos é realizada por um psiquiatra, que avalia a necessidade ou não da internação, e também, ao fornecer uma data para a consulta, o serviço já dispõe de data reservada para internação. Em todos os prontuários analisados, essa avaliação resultou em internação, conforme podemos verificar em um trecho retirado de um dos ofícios encaminhados ao Judiciário: *“Solicitamos mandato de busca e apreensão do adolescente, para avaliação psiquiátrica no dia, e após, internação hospitalar onde já existe vaga reservada para este dia. Em virtude de encontrar-se em situação de rua, sem endereço fixo solicitamos a presença de um conselheiro tutelar para acompanhar a internação do mesmo”*.

Os leitos disponíveis para internação nos hospitais gerais para tratamento à drogadição, variam entre as instituições. Em alguns locais existe um rodízio entre os municípios da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde. Caso não haja vagas, os jovens precisam aguardar em uma lista de espera organizada pelo próprio serviço, sendo que a preferência é para as internações compulsórias.

Assim, em muitos casos encaminhados para internação essa avaliação psiquiátrica é realizada com o objetivo de agilizar o processo de internação. Nessa avaliação, o profissional elabora um documento de referência da saúde, que descreve sua avaliação acerca de cada sujeito. Também percebe-se que o relato sobre esse adolescente é muito breve. Normalmente a descrição do atendimento realizado está para além das questões relacionadas ao uso de drogas, voltando-se mais para as ações e comportamentos desses jovens, tais como: agressividade, evasão escolar e domiciliar, completa falta de adesão ao tratamento e ao serviço, situação de risco e vulnerabilidade, envolvimento com furtos. É importante, dessa forma, percebermos o quanto os discursos sobre a patologização dos jovens estão presentes em nossa sociedade, conforme descreve Foucault (2006b):

É um monstro de libertinagem e de impiedade [...]Usuário de todos os vícios: tratante, indócil, impetuoso, violento, capaz de atentar contra a vida de seu próprio pai com intenção deliberada [...] sempre de sociedade com mulheres do nível mais baixo de prostituição. Tudo o que se lhe apresenta de suas vigarices e de seus desregramentos não causa nenhuma impressão em seu coração; ele só responde através de um sorriso de celerado que faz conhecer sua insensibilidade, e ocasiona apreender que ele seja incurável. (Foucault, 2006b, p.212).

A demanda refere-se a um pedido de internamento de um jovem devasso e mau filho, relatado por Foucault (2006b), em *A vida dos homens infames*, numa compilação de breves relatos encontrados em arquivos de internamento, da polícia, das petições ao rei e das cartas régias com ordem de prisão, datadas do período entre 1660-1760. Vidas breves, vidas contadas através de poucas linhas ou páginas encontradas em livros e documentos, insinuam um novo estatuto relegado às ordens cotidianas que as petições e *lettres de cachet*. Trata-se de uma passagem do trato religioso pautado na confissão e no perdão, para o agenciamento administrativo através de mecanismos de registro.

Entretanto, a medicalização e a psicologização da infância aparecem mais tardiamente. A psiquiatrização da criança ocorre por intermédio da criança que é entendida como não louca, ou seja, a criança idiota. Uma das principais características do poder psiquiátrico é a

organização de um espaço disciplinar como o manicômio, direcionado ao tratamento moral das crianças ditas *idiotas* (FOUCAULT, 2006a).

A noção do indivíduo perigoso, nem precisamente o doente, nem exatamente o criminoso, se torna a noção necessária para converter um fato de assistência em um fenômeno de proteção. A partir disso, se desenvolverá toda uma literatura médica, que circunscreve o débil mental em torno do estigma e da noção de periculosidade. Desta forma, se reconstitui a ampla categoria de todos aqueles que podem representar um perigo para a sociedade, e se protagonizará a sua estigmatização, e seu confinamento no asilo para que deste modo a assistência pudesse cumprir seu papel (FOUCAULT, 2006b).

Pensando como esse processo no nosso país, Joia (2014) refere que a noção de periculosidade social, associada ao consumo de drogas, passa por um processo de medicalização e criminalização ao longo do século XX no Brasil, e se mantém atuante na sociedade. A aliança entre o Poder Judiciário e o campo da saúde mental, se atualiza através das demandas de tratamento associadas ao uso de substâncias psicoativas, tanto pela via do recolhimento compulsório dentro das cidades, como através da internação compulsória, “ a questão das drogas vem renovando as tensões em torno da periculosidade social e da garantia dos direitos dos sujeitos” (JOIA, 2014, p. 33).

Diante dessa lógica de patologização e criminalização dos jovens usuários de drogas, Reis (2012) assinala como uma das incoerências presentes nos processos judiciais analisados, os motivos pelos quais se justificaria a internação desses sujeitos, através de intervenções voltadas para os comportamentos do que ao tratamento em saúde. Nessa mesma perspectiva, Blikstein (2012) aponta a internação psiquiátrica como uma estratégia pontual, que tem por objetivo incidir sobre os comportamentos entendidos como desviantes.

Atualmente, as internações compulsórias desses jovens fornecem subsídios para problematizarmos as funções exercidas na internação psiquiátrica. As internações em hospitais gerais para desintoxicação e tratamento duram em média 21 dias, podendo se estender por um período maior, dependendo da avaliação da equipe. Podemos citar, o caso de um adolescente que passou por duas internações entre janeiro a outubro de 2015. Vejamos alguns trechos do prontuário:

Informamos que segue em adesão irregular ao plano terapêutico. No ano passado, esteve também infrequente no projeto do qual participava, bem como na escola. Avó segue com muitas dificuldades em relação ao cuidado e proteção do menino, não consegue impor

limites ou evitar que saia diariamente de casa, passando longos períodos evadido, retornando tarde da rua. Encontra-se frequentemente na companhia de usuários de drogas, fazendo uso também, em situação de risco e vulnerabilidade. Sendo assim, solicitamos mandado de busca e apreensão para avaliação e, se possível internação, já havendo vaga reservada para o dia [...] (1ª internação)

[...] tendo em vista situação de extrema vulnerabilidade e exposição a risco no contexto onde está inserido, no entanto não há regulamentação de leito pelo estado para a faixa etária do adolescente, pois está se dá a partir dos 13 anos. A família, especialmente a avó como responsável, adere ao tratamento da forma como consegue dentro de suas limitações, o que não é suficiente para a contenção e manejo adequado do adolescente. De acordo com os relatos da escola e do Projeto social, onde frequenta o contra turno, o adolescente está agitado e agressivo. (2ª internação)

Assim, quando acontece um encaminhamento para internação psiquiátrica, entende-se que outras formas de atendimento na rede de saúde já foram esgotadas ou se mostraram insuficientes (GUARESCHI, et.al, 2015). Neste caso, percebe-se que o motivo da internação ocorre pela dificuldade da família em suprir as demandas do adolescente. A internação está mais relacionada como medida protetiva, para afastar o adolescente das ruas, do que pelo uso de drogas. Esse adolescente, foi internado pela primeira vez aos 11 anos de idade, poucos dias após sua alta hospitalar, *ele recaiu*, conforme consta no documento de referência da segunda internação compulsória. Durante o período da segunda internação no hospital geral, o serviço, com o intuito de prolongar seu tratamento, realizou uma parceria com a Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil³ (UAI), a qual cedeu uma vaga para o acolhimento deste adolescente. Este permaneceu acolhido nessa unidade pelo período de seis meses. Cabe ressaltar que os discursos que analisam a família do adolescente, e prescrevem intervenções sobre ele,

³ A Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil - UAI é um serviço da Rede de Atenção Psicossocial que oferece acolhimento transitório às crianças e adolescentes de ambos os sexos, de 10 a 18 anos de idade, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Acolhe e oferece cuidados contínuos e de proteção para até 10 crianças e adolescentes, observando as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A permanência no serviço é de caráter voluntário (BRASIL, 2012).

vão ao encontro dos discursos que analisam a família como estruturada ou não, influenciando no processo de alta do mesmo (REIS; GUARESCHI; CARVALHO, 2015, GUARESCHI, et al. 2015).

Contudo, o encaminhamento para a Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil (UAI) ocorre de forma voluntária. Esse local, embora seja um serviço que compõe a Rede de Atenção Psicossocial, que propõe uma oferta de cuidado baseada na desinstitucionalização, situa-se na interface entre o cuidado em saúde mental e o acolhimento institucional, caracterizada pelo processo de prolongamento institucional (JOIA, 2014).

Neste circuito da compulsoriedade os serviços de saúde exercem uma função paradoxal: servem como um espaço que proporciona cuidado e estímulo aos jovens para procurarem outras estratégias de vida, ou para amarra-los cada vez mais nesse circuito aprisionante. Lembrando que o próprio serviço encontra-se nesse jogo, muitas vezes respondendo a outras instâncias que interferem diretamente em suas ações, como é o caso da internação compulsória (SCISLESKI; MARASCHIN; NEVES, 2008).

Nessa circulação dos adolescentes pelos caminhos da compulsoriedade, a internação psiquiátrica exerce funções distintas em suas vidas: função de abrigamento, espera ou contenção. Nesse percurso, a judicialização da vida desses sujeitos materializa-se, pois ele não deve apenas receber tratamento de saúde, como também jurídico. Esse sistema se mantém operante, através dos inúmeros ofícios que são produzidos e encaminhados entre o serviço de saúde e o Poder Judiciário.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, evidenciamos que a escrita produzida pelos profissionais, em cada ofício encaminhado ao Judiciário solicitando a internação compulsória, vai delineando o que denominamos aqui como biografia da adolescência drogadita. Percebe-se que essa biografia inicialmente toma como foco a relação do adolescente com o uso de drogas, aliando-se também os comportamentos tidos como desviantes, os quais os colocam em situação de risco e vulnerabilidade. Associam-se a situação de risco os comportamentos dos jovens, assim como a falência familiar.

Além disso, buscamos mostrar como a aliança entre saúde mental e Judiciário produz um circuito da compulsoriedade. Outro aspecto que emergiu durante a produção deste estudo é o motivo pelo qual o serviço foi criado no município de Santa Cruz do Sul, destinado a atender crianças e adolescentes usuárias de drogas, encaminhadas pelo conselho Tutelar e pelo Juizado da Infância e Adolescência. Embora a internação compulsória necessite da intervenção do judiciário, no contexto atual, ela é solicitada pela família e/ou pelo próprio serviço.

A intenção desse trabalho não visa moralizar as práticas dos profissionais que trabalham no serviço analisado, nem apontar caminhos que os mesmos devem seguir. Ao invés disso, busca-se apontar para a necessidade de suscitar reflexões sobre o que estamos produzindo através da prática da internação compulsória. Não se trata de demonizar a prática de internação. Há situações em que ela é necessária como alternativa terapêutica, mas busca-se questionar o uso dessa ferramenta de tratamento que está para além das condições de saúde. Conforme podemos evidenciar nesse estudo, os motivos pelos quais as internações desses jovens justificam-se.

Nesse sentido, faz-se necessário desestabilizarmos nossas práticas centradas na escrita de documentos, e nesse movimento de desconstrução, vislumbrarmos outros caminhos para esses jovens, que não os do exílio e da estigmatização. Precisamos estar atentos, para não reduzir a vida desses jovens e de suas famílias aos processos judiciais, judicializando e criminalizando suas existências.

REFERÊNCIAS

BENTES, A.L. *Tudo como Dantes no Quartel de A'brantes: um estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1999.

BLIKSTEIN, F. *Destino de crianças: estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em hospital público psiquiátrico*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, 2012.

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 73-84

BRASIL. *Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 5 mar.2015.

_____. Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes par garantir direitos*. Brasília- DF: Ministério da Saúde, 2014.

_____. *Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf>. Acesso em: 3 mar.2015.

_____. *Portaria GM/MS nº 121, de 25 de janeiro de 2012*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html>. Acesso em: 20 nov. 2015.

_____. Publicações. *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. Brasília – DF, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2015.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. *Relatório descritivo 2013*. Santa Cruz do Sul: CAPSIA, 2013.

_____. *Relatório de ações 2014*. Santa Cruz do Sul: CAPSIA, 2014.

CASTEL, R. *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

FOUCAULT, M. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006a.

_____. *Ditos e Escritos IV: Estratégia, poder-saber*. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b.

_____. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. 2.ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010a.

_____. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. 2.ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010b.

_____. *A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France (1970)*. 23.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2013.

_____. *Microfísica do poder*. 28.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FREITAS, A.S. O (des) governo da razão: biopolítica e resistência nas políticas públicas de juventude. Anais do XIV Congresso Brasileiro de Sociologia. Rio de Janeiro, 2009. [meio digital]

GUARESCHI, N. M. F; LARA, L; ADEGAS, M. A. Políticas públicas entre o sujeito de direitos e o homo oeconomicus. *PSICO*, Porto Alegre, v.41, n.3, p- 332-339, jul./set. 2010. Disponível em:

<revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8163/5854>. Acesso em: 26 nov. 2015.

GUARESCHI, et al. Justiça e saúde mental: Internação, tratamento e alta de adolescentes usuários de drogas. In: SCISLESKI, A; GUARESCHI, N. (Orgs.). *Juventude, marginalidade social e direitos humanos: da psicologia às políticas públicas*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2015. p.151-166.

JOIA, J. H. *As tóxicas tramas da abstinência: compulsoriedades nas internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social*. 2014. 138f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). *Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ: ABRASCO, 2007.

LEMO, F. C. S; SCHEINVAR, E; NASCIMENTO, M. L. Uma análise do acontecimento “crianças e jovens em risco”. *Psicologia e Sociedade*. Belo Horizonte. v. 26, n.1, p.158-164, jan./abril. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/17.pdf>>. Acesso em: 24 nov.2015.

MAURENTE, V; TANIKADO, G.V.F; MARASCHIN, C. Análise de Controvérsias no Campo da Saúde Mental a partir de uma Pesquisa-Intervenção: Para uma Política dos Fazeres em Campos de Saberes Heterogêneos. *PSICO*. Porto Alegre: PUCRS; v. 45, n. 4, p. 568-577, out. /dez. 2014. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/revistapsico/article/view/17020>>. Acesso em: 5 abr. 2015.

MORAES, T. D.; NASCIMENTO, M. L. Da norma ao risco: transformações na produção de subjetividades contemporâneas. *Psicologia em Estudo*. Maringá, v.7, n.1, p.91-102, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v7n1/v7n1a10.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2015.

RAMMINGER, T. *Trabalhadores de Saúde Mental: reforma psiquiátrica, Saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.

REIS, C. (*Falência familiar*) + (*Uso de drogas*) = risco e periculosidade: a naturalização jurídica e psicológica de jovens com medida de internação compulsória. 2012. 124f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional) - Universidade Federal do Rio grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

REIS, C; GUARESCHI, N.M.F; CARVALHO, S. Sobre jovens drogaditos: as histórias de ninguém. *Psicologia e Sociedade*; v. 26, n. spe., p. 68-78.2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26nspe/08.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2015.

_____. Discursos sobre família e risco nas internações compulsórias de usuários de drogas. *Psico*, Porto Alegre, v.46, n. 3, p. 386-399, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/19388/13724>>. Acesso em: 26 nov.2015.

REIS, C; GUARESCHI, N. M. F. A adolescência drogadita nas teias da “Rede de Proteção”: a produção de modos de governo sobre a vida de jovens usuários de drogas. In: CRUZ, L.R; RODRIGUES, L; GUARESCHI, N.M. F (Orgs.). *Interlocações entre a psicologia e a política nacional de assistência social*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2013. p.176-189.

SCISLESKI, A.C.C; MARASCHIN, C. Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 3, p. 457-465, jul. /set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n3/v13n3a06.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2015.

SILVA, et al. As patologias nos modos de ser criança e adolescente: análise das internações no Hospital Psiquiátrico São Pedro entre 1884 a 1937. *Psico*. Porto Alegre, PUCRS, v. 39, n. 4, p. 448-455, out. /dez. 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1916/3835>>. Acesso em: 5 mar. 2015.

SPINK, M. J. P. Trópicos do discurso sobre risco: risco aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.6, p.1277-1311, nov./ dez. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n6/6944.pdf>>. Acesso em: 2 nov.2015.

SPINK, et al. Usos do Glossário do Risco em Revistas: Contrastando “Tempo” e “Públicos”. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 21, n.1, p. 1-10. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n1/a01v21n1.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2015.

ANEXO A- Tabela

Tabela 1- Organização dos dados produzidos

2014 PRONTUÁRIO ATIVO	PACIENTE 4
Dados de Identificação	Sexo: Masculino Idade: 13/14 (Família atendida no CREAS, pela situação de risco e vulnerabilidade).
Fatores de Risco e vulnerabilidade	<p>1ª Internação: Realizei Visita domiciliar. Mãe nos recebe e diz que o adolescente está direto na rua, emagreceu muito, quase não come e agressivo. Posa fora de casa quase todas as noites. Acredita que está usando crack. Ele passa com outros meninos da saída do loteamento, encostado no muro de um posto de combustível as margens da avenida. Cobro da mãe que não o trouxe, que não buscou pelo serviço, mas ela se compromete a pega-lo e traze-lo no médico amanhã se conseguir. Afirma que ele já usou quando saiu da internação. Ele não rouba nada em casa (Evolução de prontuário).</p> <p>2ª Internação: Em Visita realizada mãe relata dificuldades de manejo com o adolescente, que está bastante agressivo, passa as noites na rua. Não quer tomar a medicação, nem ir à escola, nem as oficinas do CAPSIA. Que não consegue controlar o filho, que está fazendo uso de drogas, mãe suspeita do crack; que ele pode estar roubando ou trabalhando para traficante para conseguir dinheiro para comprar. Combinei próxima visita para conversar com o adolescente (Evolução prontuário). Segunda Visita realizada mãe diz que a situação está cada vez pior passa a noite na rua usando troca, se colocando em risco, envolvido com usuários foragidos da polícia. Nega-se a vir ao CAPSIA nas oficinas e na consulta. (Evolução do Prontuário)</p>
Condições que justificam a internação	<p>1ª Internação: Paciente com uso de maconha e cocaína, inicialmente, agora uso de crack. Situação de rua pelo uso, sem a mãe conseguir controla-lo e protege-lo. Usando diariamente, sem aderir ao Plano terapêutico do CAPSIA. Já passou por uma internação voluntaria em 2013. (Documento de Referência para internação)</p> <p>2ª Internação: Paciente em extrema situação de risco e vulnerabilidade, fazendo uso diário de substância psicoativa. Não conseguindo aderir ao Plano terapêutico do CAPSIA. (Documento de Referência)</p> <p>3ª Internação: Não aderiu a tratamento após a alta apresentado sinais e sintomas por uso de cocaína e crack. Situação de risco de vulnerabilidade. (Documento de Referência para internação)</p>
Ofício para o Judiciário	<p>1ª Internação: Sua mãe não o trouxe às consultas médicas após internação para continuidade do tratamento e, em visita domiciliar, alegou não conseguir traze-lo, pois ele foge, inclusive quando o carro o buscava para as oficinas, tendo ela pouca autoridade parental e controle sobre o adolescente. A mãe relatou muita agressividade, noites fora de casa, perda significativa de peso e suspeita de uso de crack. Mãe diz saber, inclusive o local onde ele faz uso de drogas com outros adolescentes. Desta forma, como ficou acordado com a genitora de traze-lo no dia seguinte a visita domiciliar isto não ocorreu até o dia de hoje, solicitamos mandado de busca e apreensão para consulta e, se necessário, internação, para leito disponível no mesmo dia.</p>

	<p>2ª Internação: Informamos que o adolescente deixou de frequentar as oficinas e as consultas no CAPSIA, mesmo sendo feita várias visitas domiciliares. Tem passado noites fora de casa, colocando-se me situação de risco e vulnerabilidades. Salientamos que já existe a vaga reservada no Hospital.</p> <p>Pedido de Acolhimento Institucional: Em atenção ao adolescente, vimos informar que sua mãe resolveu não se manifestar contra o acolhimento do filho e não indicou nenhum familiar com quem ele possa fica após a alta hospitalar, afirmando que não há ninguém que possa responsabilizar-se por ele. Mãe continua sem vir no grupo de familiares e vendo com preocupação seu retorno para casa. O serviço, com relação ao indeferimento do acolhimento institucional, reitera o risco psicossocial ao qual o adolescente está exposto, inclusive risco de morte, por já ter se envolvido em um tiroteio, onde um adolescente de 14 anos foi baleado, estar traficando e namorando outra paciente do CAPSIA, usuária de drogas e filha da mulher para quem e ele trafica e quem lhe fornece crack. [...]. Assim entendemos que para a proteção e segurança do adolescente, ele deve ser acolhido, mantendo-se em tratamento no CAPSIA e o CREAS passa a atender a família com o objetivo de organiza-la para receber o adolescente de volta. (Negada pelo Judiciário o Abrigamento)</p>
Ofício do Judiciário	<p>1ª Internação: Solicitamos que tome as providências necessárias no sentido de apoiar o encaminhamento do adolescente, acima qualificado, a consulta no CAPSIA, e se necessário, internação hospitalar.</p>

Fonte: Tabela elaborada pela autora a partir dos dados produzidos através dos prontuários de internação compulsória (2013-2015).